

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

DKV

Unternehmen: DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Deutschland Produkt: ProReise Plus

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz.

Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot,
- dem Versicherungsschein bzw. -ausweis und ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),
- in der Gruppenversicherung dem Gruppenversicherungsvertrag.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.



Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen:

- ✓ Erkrankung und Unfallfolgen.
- ✓ Schwangerschaftskomplikationen.
- ✓ Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche.
- ✓ Fehlgeburten und medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen.

Wir ersetzen auch z. B. folgende Aufwendungen:

- ✓ Krankentransport zum nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus.
- ✓ Den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport.
- ✓ Such-, Rettungs- und Bergungskosten bis maximal 10.000 Euro.
- ✓ Bei Tod: Überführung an den vor Reiseantritt bestehenden ständigen Wohnsitz. Wahlweise Beisetzung im Ausland, maximal bis zur Höhe der Überführungskosten.
- ✓ Versicherungsschutz besteht für die ersten 8 Wochen einer jeden Reise.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie auch während der Reise durchgeführt werden müssen.
- ✗ Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner, Eltern oder Kinder.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Behandlungen nach Ablauf der ersten 8 Wochen der Reise. Bei nachgewiesener Transportunfähigkeit leisten wir bei einem andauernden Versicherungsfall weiter. Wir leisten dann bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.
- ! Sehhilfen und Hörgeräte.
- ! Neuanfertigung von Zahnersatz, soweit dies über ein Provisorium hinausgeht.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht bei vorübergehenden Auslandsreisen weltweit. Nicht als Ausland gelten Deutschland und die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte von der versicherten Person. Diese ist verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. -ausweises zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jährlich zu Beginn des vereinbarten Beitragszeitraums fällig. Bei der Gruppenversicherung gilt die im Gruppenversicherungsvertrag hinterlegte Zahlungsweise.

Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. -ausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages; in der Gruppenversicherung nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Er endet auch mit dem Ablauf der 8. Woche einer Reise. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Dauert ein leistungspflichtiger Versicherungsfall im Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes noch an, gilt: Wir leisten bei nachgewiesener Transportunfähigkeit weiter. Wir leisten dann, bis die Transportfähigkeit wiederhergestellt ist.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes endet die Versicherung.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.

Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

Dies gilt entsprechend, wenn Sie sich von der Teilnahme an einem Gruppenversicherungsvertrag abmelden.

**Auslandsreise-Krankenversicherung
ProReise Plus im Rahmen des Gruppenvertrages
zwischen der pronova BKK und der DKV AG**

Leistungsmerkmale des ProReise Plus

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen.
Und Klartext zu sprechen heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden.
Deshalb haben wir für Sie die wichtigsten Leistungsmerkmale von ProReise Plus aufgelistet

Leistungsmerkmale	ProReise Plus ¹
Arznei- und Verbandmittel	Wenn diese ärztlich oder von Heilpraktikern, Chiropraktikern oder Osteopathen verordnet sind.
Heil- und Hilfsmittel	Wenn diese ärztlich oder von Heilpraktikern, Chiropraktikern oder Osteopathen verordnet sind. Als Heilmittel gelten Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heilgymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stroms. Hilfsmittel sind versichert, wenn diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden. Nicht versichert sind Sehhilfen und Hörgeräte.
Zahnbehandlung	Schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Zahnfüllungen.
Zahnkronen, Zahnersatz	Provisorischer Zahnersatz und Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz.
Transportkosten zum Arzt/ Krankenhaus	Nach einem Unfall oder bei Notfall der Transport zur erforderlichen Erstversorgung ins Krankenhaus oder zum Arzt. Der Transport zurück in die Unterkunft ist ebenfalls versichert.
Transportfähigkeit bei Ende des Versicherungsschutzes	Verlängerung der Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall bis zur Transportfähigkeit.

¹ Der Leistungsumfang des ProReise Plus ergibt sich aus dem Auszug aus dem Gruppenvertrag

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Auszug aus dem Gruppenvertrag.

Wer ist Ihr Versicherer?

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln
Weitere Postanschrift: 10963 Berlin, Stresemannstraße 111
Sitz: Köln, Aktiengesellschaft HRB 570, Amtsgericht Köln

Vorstand: Frauke Fiegl, Vorsitzende;
Nina Henschel, Christoph Klawunn, Heiko Stüber
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Theodoros Kokkalas

Die DKV betreibt die private Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

Die DKV gehört einem Insolvenzschutzfonds an. Dieser stellt sicher, dass in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, wahrgenommen.

Welche Leistungen erhalten Sie aus Ihrer Versicherung und welche Beiträge sind zu zahlen?

Vertragsgrundlage sind die Tarifbedingungen. Diese sind Teil des Gruppenvertrages (§§ 3 – 15 des Gruppenvertrages). Der Gruppenvertrag enthält abschließende Angaben zu den Leistungen. Im Informationsblatt für Versicherungsprodukte fassen wir die wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsunterlagen.

Was müssen Sie bei der Beitragzahlung beachten?

Die Zahlungsweise ist jährlich.
Die Beiträge sind jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres zu zahlen. Der erste Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Versicherungsverhältnisses fällig. Er wird jedoch nicht vor dem in der Beitrittserklärung angegebenen Versicherungsbeginn fällig.

Wie kommt die Versicherung zustande? Ab wann sind Sie versichert?

Die Versicherung kommt mit dem Zugang der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag zustande. Die pronova BKK meldet uns die versicherten Personen des Gruppenvertrages mit einer Kopie der Beitrittserklärung an. Haben Sie Ihren Beitritt online erklärt, kommt die Versicherung sofort über Internet zustande, beim telefonischen Abschluss mit dem geführten Telefonat. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Abschluss der Versicherung. Er beginnt jedoch frühestens mit dem in der Beitrittserklärung angegebenen Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Gruppenvertrages und nicht vor Reisebeginn. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss der Versicherung angetreten werden.

Können Sie Ihre Beitrittserklärung widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsausweis,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- die Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)
- sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung in diesem Kundeninformationsblatt und im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

**DKV Deutsche Krankenversicherung AG,
Aachener Straße 300, 50933 Köln bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin.
Telefax: 0180 578-6000 (14 ct/Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen),
E-Mail: service@dkv.com**

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 in Abhängigkeit von der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Vertragsunterlagen) um einen Betrag in Höhe von 1/360 der Jahresprämie bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 der Halbjahresprämie bei halbjährlicher Zahlungsweise, 1/90 der Vierteljahresprämie bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 der Monatsprämie bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden 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, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Bitte beachten Sie die Widerrufsbelehrung in Ihren Vertragsunterlagen.

Wie lange läuft Ihre Versicherung?

Die Versicherung wird für die Dauer eines Jahres geschlossen. Sie verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr.

Wie kann Ihre Versicherung beendet werden?

Sie können die Versicherung zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen.

Die Versicherung endet durch Beendigung des Gruppenvertrages. Außerdem endet sie bei Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (§§ 3 – 15 des Gruppenvertrages). Aus diesen ergeben sich auch die weiteren Beendigungsgründe.

Endet die Gruppenversicherung, können Sie Ihre Versicherung in der Einzelversicherung fortführen. Die Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (§§ 3 – 15 des Gruppenvertrages).

Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch.

Tarif nach Art der Schadenversicherung

Wir haben die folgenden Tarife nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Der Beitrag ist daher abhängig vom Alter der versicherten Person. Dabei fassen wir mehrere Alter zusammen und berechnen den Beitrag jeweils nach diesen Altersgruppen. Bei Erreichen des höchsten Alters der jeweiligen Altersgruppe wird die versicherte Person ab Beginn des folgenden Kalenderjahres in die nächsthöhere Altersgruppe eingestuft. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie den Beitrag der neuen Altersgruppe zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gerne über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen. Die Beiträge können sich zusätzlich durch erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

Einzelversicherung (je Versicherten):

Altersgruppe	Mann/Frau
Bis 64 Jahre	9,90 Euro
Ab 65 – 69 Jahre	19,90 Euro
Ab 70 Jahre	34,90 Euro

Familienversicherung (je nach Alter des ältesten Versicherten):

Altersgruppe	Mann/Frau
Bis 64 Jahre	19,80 Euro
Ab 65 – 69 Jahre	39,80 Euro
Ab 70 Jahre	69,80 Euro

Hinweis auf das Werbewiderspruchsrecht

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages und um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu unseren Produkten zukommen zu lassen. Wenn Sie in Zukunft keine Informationen und Angebote von uns erhalten möchten, können Sie bei uns der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken widersprechen. Schicken Sie hierzu einfach eine kurze Nachricht per Post: Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln oder gerne per E-Mail an: service@dkv.com. Per Fax erreichen Sie uns unter 01805 786000 (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen) oder rufen Sie uns an unter 0800 3746444 (gebührenfrei) oder aus dem Ausland +49 221 57894005 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wichtige Informationen

Bei Vertragsabschluss

Die Durchschrift der Beitritterklärung ist Ihr Versicherungsausweis. Sie erhalten keine gesonderte Bestätigung. Bitte bewahren Sie die Durchschrift sorgfältig auf. Die Versicherungsnummer entnehmen Sie bitte nach erfolgtem Beitragsabruf Ihrem Kontoauszug und tragen sie im Versicherungsausweis ein.

Für Fragen zum Vertrag erreichen Sie uns telefonisch unter dem 24-Stunden-Servicetelefon 0800 3583746 (gebührenfrei).

Im Schadenfall

Bitte reichen Sie die bezahlten Rechnungen – Rezepte immer zusammen mit den Arztrechnungen unter Angabe der Gruppenvertragsnummer sowie Ihrer Versicherungsnummer – an folgende Anschrift ein:

Deutsche Krankenversicherung AG
Reiseversicherung Leistung
Gruppe KLSR4K
Aachener Straße 300
50933 Köln

Geben Sie bitte auch an, auf welches Konto Sie eine Überweisung der Versicherungsleistungen wünschen (Kontonummer, Bankleitzahl, Name des Geldinstitutes und ggf. Kontoinhaber).

Zur Einreichung von Leistungen empfehlen wir Ihnen, unser Erstattungsformular zu nutzen.

24-Stunden Notrufservice

Sie erreichen unseren 24-Stunden Notrufservice aus dem Ausland unter der Telefonnummer **+49 221 57894005**.

Auszug aus dem Gruppenvertrag (Vertragsbedingungen)

§ 1 Zu versichernder Personenkreis

(1) Versichert werden können alle Mitglieder des Versicherungsnehmers.

(2) Mitversichert werden können

- der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehe- oder Lebenspartner sowie
- minderjährige Kinder der nach Absatz 1 versicherbaren Personen bzw. des Ehe- oder Lebenspartners. Zu den Kindern zählen auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder. Für ein neugeborenes Kind besteht Schutz unter den Voraussetzungen des § 3.

(3) Versicherbar bzw. mitversicherbar sind nur Personen, deren ständiger Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag in der Bundesrepublik Deutschland liegt. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, kommt das Versicherungsverhältnis trotz Beitragszahlung nicht zustande.

(4) Die Versicherungsfähigkeit endet für die versicherte Person mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union (EU) oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

(5) Bei einem einzelnen Versicherungsverhältnis im Rahmen dieses Vertrages sind die namentlich im Versicherungsausweis genannten Personen versichert.

(6) Bei der Familienversicherung sind der Versicherte und die in Absatz 2 genannten Familienangehörigen versichert. Der Versicherte meldet dem Versicherer den Ehe- bzw. Lebenspartner namentlich; die mitversicherten Kinder können auch namentlich genannt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherten dann die Mitversicherung durch eine gesonderte Mitteilung.

Vollendet ein mitversichertes Kind das 18. Lebensjahr, endet dessen Versicherung.

(7) Der Versicherer übernimmt für alle versicherbaren Personen, die über eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung bzw. über Absatz 6 in das Versicherungsverhältnis einbezogen sind, den Versicherungsschutz. Voraussetzung hierfür ist, dass neben diesem Vertrag kein gleicher oder ähnlicher Gruppenversicherungsvertrag mit einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht.

§ 2 Anmeldung, Abschluss der Versicherung, Unterrichtung der versicherten Personen (Versicherte und Mitversicherte)

(1) Der Beitritt zum Gruppenvertrag erfolgt in der Regel online auf der Website des Versicherungsnehmers. Auf dieser müssen folgende Angaben gemacht werden:

- Namen und Vornamen des beitretenden künftigen Versicherten (Antragstellers)
- Beruf, Familienstand, Geburtsdatum und Geschlecht des beitretenden künftigen Versicherten
- Anschrift des beitretenden künftigen Versicherten inkl. E-Mail-Adresse
- Versicherten-Nr. beim Versicherungsnehmer
- Namen und Vornamen des Ehe- bzw. Lebenspartners
- Geschlecht und Geburtsdatum des Ehe- bzw. Lebenspartners
- Jahresbeitrag der einzelnen Personen
- Gesamtbeitrag für alle zu versichernden Personen
- Versicherungsbeginn (immer der Erste eines Monats)
- SEPA-Lastschriftmandat
- Name des Geldinstituts
- Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom beitretenden künftigen Versicherten)
- Angaben zu bereits bestehenden Versicherungen bei der DKV inkl. Versicherungsnummer (sofern vorhanden)

Mit jeweils einem Haken hat der beitretende künftige Versicherte das Herunterladen der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Informationsblätter gemäß § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungstragsgesetz sowie das Lesen und Anerkennen der Datenschutzerklärung zu erklären. Die gemachten Angaben werden nach Abschicken des Onlineantrags in eine „Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag“ verarbeitet und vom Versicherungsnehmer per Mail an den Versicherten geschickt. Der Versicherungsnehmer meldet dem Versicherer wöchentlich die neu hinzukommenden versicherten Personen nach § 1 dieses Vertrages. Hierzu erhält er eine Kopie der Beitrittserklärung.

(2) Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag setzt voraus, dass der Versicherte am Lastschriftverfahren teilnimmt. Zieht der Versicherte das SEPA-Lastschriftmandat zurück, wird das Versicherungsverhältnis in der Einzelversicherung fortgesetzt. Der Abschluss der Versicherung erfolgt durch die Zahlung des Beitrags im Lastschriftverfahren (siehe § 10).

(3) Über die einzelnen Versicherungsverhältnisse werden keine Versicherungsscheine ausgestellt. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die Versicherten über die wesentlichen Bestimmungen dieses Vertrages zu unterrichten. Hierzu dienen das Produktinformationsblatt, das Kundeninformationsblatt inkl. der Widerrufsbelehrung, die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Bonitätsprüfung, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, der Auszug aus diesem Gruppenvertrag und die Durchschrift der Beitrittserklärung (als Versicherungsausweis).

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht ab Abschluss der Versicherung. Er beginnt jedoch frühestens mit dem in der Beitritts-erklärung nach § 2 Abs. 3 dokumentierten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Gruppenvertrages und nicht vor Reisebeginn. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss der Versicherung angetreten werden. Bei Neugeborenen beginnt der Schutz ab Vollendung der Geburt.

Voraussetzung bei einem einzelnen Versicherungsverhältnis im Rahmen dieses Vertrages ist, dass

- ein Elternteil am Tag der Geburt beim Versicherer versichert ist und
- die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt.

Voraussetzung in der Familienversicherung ist, dass ein Elternteil am Tag der Geburt beim Versicherer versichert ist. Eine Anmeldung des Kindes ist nicht erforderlich. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines minderjährigen Kindes gleich.

§ 4 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Die versicherte Person ist bei Reisen im Ausland versichert. Bei jeder Reise besteht Schutz für die Dauer von bis zu 8 Wochen. Wenn die versicherte Person länger verreist, besteht Schutz für die ersten 8 Wochen.

(2) Der Schutz der Versicherung erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gelten Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.

§ 5 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten und medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen sowie bei Tod einer versicherten Person während der Reise im Ausland.

(2) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

§ 6 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht nach **Tarif ProReise Plus**.

(1) Erstattet werden zu 100 Prozent die Aufwendungen aus einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland für

- Leistungen der Ärzte. Die versicherte Person kann einen Arzt frei wählen. Dieser muss nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sein.
- Leistungen von
 - Heilpraktikern,
 - Chiropraktikern,
 - Osteopathen.

• **Arznei- und Verbandmittel.**

Diese müssen ärztlich oder von Heilpraktikern, Chiropraktikern bzw. Osteopathen verordnet worden sein.

Als Arzneimittel gelten nicht

- Nähr- und Stärkungspräparate oder
- Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate.

Der Versicherer leistet auch dann nicht, wenn diese ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

• **Heilmittel.** Als Heilmittel gelten

- Bäder,
- Massagen,
- medizinische Packungen,
- Inhalationen,
- Heilgymnastik,
- Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stroms.

Diese müssen ärztlich oder von Heilpraktikern, Chiropraktikern bzw. Osteopathen verordnet worden sein.

• **Hilfsmittel,** soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden. Ausgenommen sind

- Sehhilfen,
- Hörgeräte.

Hilfsmittel müssen ärztlich oder von Heilpraktikern, Chiropraktikern bzw. Osteopathen verordnet worden sein.

• **Unterkunft und Verpflegung, ärztliche und sonstige medizinisch notwendige Leistungen in einem Krankenhaus.**

Das Krankenhaus muss im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt sein, erkennbar unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Es ist ein am Aufenthaltsort befindliches bzw. das nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Anstelle von Kostenersatz kann der Versicherte ein **Krankenhaus-Tagegeld** von 30 Euro pro Tag wählen.

Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstattet der Versicherer die Kosten für die Unterbringung einer **Begleitperson im Krankenhaus**.

- den notwendigen Transport zur erforderlichen Erstversorgung zum nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt. Versichert ist auch der ggf. notwendige Verlegungstransport von der Erstversorgungseinrichtung zu einem solchen Krankenhaus bzw. Arzt. Der Transport zurück in die Unterkunft ist ebenfalls mitversichert.
- schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen. Mitversichert sind notwendige Füllungen und provisorischer Zahnersatz jeweils in einfacher Ausführung. Mitversichert sind Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz. Der Versicherer leistet aber nicht für Neuanfertigungen von Zahnersatz. Hierzu zählen z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate. Der Versicherer leistet nicht für kieferorthopädische Maßnahmen.

Der Versicherer erstattet auch folgende Aufwendungen für

- den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport. Der **Rücktransport** erfolgt
 - an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz des Versicherten oder
 - in das dem Wohnsitz nächstgelegene und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus.Der Versicherer erstattet auch die Kosten für eine **Begleitperson**. Dies gilt nur, wenn diese zum Zeitpunkt des Rücktransports bei dem Versicherer auch nach Tarif ProReise Plus bzw. ReiseMed Tarif RD versichert ist. Sofern die Kosten des Rücktransports versichert sind, organisiert der Versicherer diesen auch.
- **Überführung**. Diese Kosten erstattet der Versicherer bei Tod eines Versicherten während der Reise. Er erstattet die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Leichnams an einen unmittelbar vor Reiseantritt bestehenden ständigen Wohnsitz.
- **Bestattung**. Wird der Leichnam nicht überführt, erstattet der Versicherer die Kosten der Bestattung. Er erstattet diese Kosten begrenzt bis zur Höhe, die bei einer Überführung entstanden wäre.
- **Suche, Rettung und Bergung**. Diese müssen wegen Erkrankung, als Unfallfolge oder wegen Tod des Versicherten im Ausland anfallen. Der Versicherer erstattet diese Kosten bis höchstens 10.000 Euro.
- **Betreuung minderjähriger Kinder**. Der Versicherer erstattet die Kosten der Notfallbetreuung vor Ort. Ein Notfall liegt vor, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen vorliegen.
 - Die Eltern werden stationär behandelt, zurücktransportiert oder sind verstorben.
 - Hierdurch kann ein mitversichertes Kind auf der Reise nicht mehr betreut werden.

Die Kosten übernimmt der Versicherer für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthalts der Eltern. Im Falle ihres Todes übernimmt er die Kosten bis zur Rückkehr der Kinder an ihren Wohnsitz.

Der Versicherer erstattet bei einem solchen Notfall auch entstandene zusätzliche Rückreisekosten der Kinder. Diese Kosten muss der Versicherte dem Versicherer nachweisen. Voraussetzung ist, dass

- die Reise nicht planmäßig beendet werden kann und
 - die außerplanmäßige Rückreise der Kinder erforderlich, sinnvoll und verhältnismäßig ist.
- Zu den Kindern zählen auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder.

- **Telefonate**. Der Versicherer erstattet die angefallenen Telefonkosten für Anrufe bei seinem Reise-Notruf.

(2) Assistance-Leistungen

Ganzjähriger telefonischer **24-Stunden Notruf +49 221 57894005**

(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters):

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer folgende Assistance-Leistungen durch qualifizierte Dienstleister:

- Auskunft zu Kliniken im Ausland
- Auskunft zu Spezialkliniken im Ausland
- Auskunft zu Verlegungsmöglichkeiten im Ausland
- Nennung von Ärzten im Ausland
- Auskunft zu Arzneimitteln im Ausland
- Vermittlung eines medizinischen Dolmetscher-Service
- Organisation des Rücktransports
- Ggf. Kostenübernahmegarantie gegenüber Krankenhaus oder für den Rücktransport
- Organisation der Notfallbetreuung / Rückreise minderjähriger Kinder
- Organisation einer Bestattung oder Überführung
- Unterstützung bei der Organisation und Versendung von Arzneimitteln

(3) Der Versicherer leistet für von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden. Dies gilt auch für Arzneimittel. Der Versicherer leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder
- die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Der Versicherer kann seine Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Nach Abschluss des Vertrags eingetretene Versicherungsfälle für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.
- Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt durch eine bereits ärztlich diagnostizierte Erkrankung feststand, dass sie während der Reise stattfinden müssen. Es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes – des Ehegatten oder in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartners oder – eines Verwandten ersten Grades des Versicherten unternommen wurde.

Ist ein Versicherungsfall bereits vor Antritt der Reise eingetreten, gilt: Der Versicherer erstattet Mehraufwendungen für Heilbehandlungen, die aufgrund einer während der Auslandsreise eingetretenen Verschlechterung der Erkrankung erforderlich werden.

- Untersuchung oder Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorge (soweit nicht von § 5 Abs. 1 erfasst).
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen.
- Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.
- Behandlung durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstattet der Versicherer tarifgemäß.
- Auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen.

Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, kann der Versicherer seine Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dies betrifft Aufwendungen für Heilbehandlungen oder sonstige Leistungen.

Haben Dritte bereits Leistungen erbracht, ist der Versicherer nur für die verbleibenden notwendigen Aufwendungen leistungspflichtig. Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bleibt hiervon unbenommen in voller Höhe bestehen.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherte hat gegenüber dem Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen. Leistungen kann nur der Versicherte verlangen. Er kann jedoch dem Versicherer gegenüber in Textform eine mitversicherte Person als Empfangsberechtigten benennen. In diesem Fall kann ausschließlich diese die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Eine Abtretung oder Verpfändung von Leistungsansprüchen ist nur und erst mit der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherers wirksam.

(2) Die Leistungen überweist der Versicherer kostenfrei auf ein dem Versicherer zu nennendes Konto. Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Empfänger das damit verbundene Risiko und anfallende Kosten.

(3) Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen. Sind diese einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, kann der Versicherte Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangen. Hierbei zählt der Zeitraum nicht mit, in dem der Versicherer die Erhebungen durch ein Verschulden des Anspruchstellers nicht beenden kann.

Nach Vorlage aller zur Leistungsprüfung notwendigen Unterlagen gilt: Der Versicherer erklärt innerhalb von 10 Tagen, in welchem Umfang er leistet.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnet der Versicherer in Euro um. Maßgeblich ist der Kurs des Tages, an dem er die Belege erhält. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Es gibt nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse. Für diese gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Erwirbt der Versicherte die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs, so gilt dieser Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass er dies durch Bankbelege nachweist.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf der 8. Woche eines Aufenthalts im Ausland bzw. mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch für Versicherungsfälle, die bei Ablauf des Schutzes noch andauern. Dauert ein leistungspflichtiger Versicherungsfall bei Beendigung noch an, gilt: Der Versicherer leistet bei nachgewiesener Transportunfähigkeit weiter. Er leistet dann, bis die Transportfähigkeit wiederhergestellt ist. Der Versicherungsschutz endet auch mit Beendigung des Auslandsaufenthalts. Als Beendigung des Auslandsaufenthalts gilt der Grenzübergang in das Inland. Bei einem Rücktransport endet der Schutz mit der Ankunft am Wohnsitz bzw. der Aufnahme in ein Krankenhaus im Inland.

§ 10 Beitrag, Beitragszahlung, Versicherungsjahr

(1) Die Beiträge sind ab Vertragsbeginn zu zahlen. Der erste Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Versicherungsverhältnisses fällig. Er wird jedoch nicht vor dem in der Beitrittserklärung nach § 2 Abs. 3 dokumentierten Versicherungsbeginn fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.

(2) Zahlungsperiode ist das Versicherungsjahr.

(3) Der Jahresbeitrag ist je Versicherten und je Versicherungsjahr zu zahlen. Vollendet ein Versicherter das 65. und 70. Lebensjahr, gilt: Ab dem folgenden Versicherungsjahr ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Bei der Familienversicherung richtet sich der Jahresbeitrag nach dem Alter des ältesten versicherten Familienmitglieds. Sobald dieses das 65. und 70. Lebensjahr vollendet, gilt: Ab dem folgenden Versicherungsjahr ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Der Jahresbeitrag beträgt in einem einzelnen Versicherungsverhältnis pro versicherter Person:

Bis 64 Jahre	9,90 Euro
Ab 65–69 Jahre	19,90 Euro
Ab 70 Jahre	34,90 Euro

In der Familienversicherung (je nach Alter der ältesten versicherten Person):

Bis 64 Jahre	19,80 Euro
Ab 65–69 Jahre	39,80 Euro
Ab 70 Jahre	69,80 Euro

Den Beitrag kann der Versicherer zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach dem in § 13 Abs. 3 beschriebenen Verfahren ändern.

(4) Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Der Versicherte ist Beitragsschuldner des Versicherers für sich und die mitversicherten Personen. Die Beitragszahlung erfolgt ausschließlich im Wege des Beitragsabrufs durch den Versicherer.

(5) Der Versicherer bucht den Beitrag bei Fälligkeit ab. Der Versicherte muss sicherstellen, dass der Versicherer den Beitrag bei Fälligkeit einziehen kann. Auch muss er dafür sorgen, dass einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird. Kann der Versicherer den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen, kann er vom Versicherungsverhältnis zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherte die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Dies muss der Versicherte nachweisen. Auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags besteht Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Deckung nicht durchgeführt hätte.

Kann der Versicherer einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen, mahnt er den Versicherten in Textform. In der Mahnung setzt er eine Frist von mindestens zwei Wochen. Er kann das Versicherungsverhältnis kündigen, wenn der Versicherte den Rückstand nicht fristgerecht begleicht. Tritt der Versicherungsfall

- nach Fristablauf ein und
- war der Versicherte zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug,

ist der Versicherer leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weist der Versicherer im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung kann der Versicherer für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

(6) Der Versicherte kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit seine Forderung vom Versicherer anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 Obliegenheiten

Es bestehen folgende Obliegenheiten:

(1) Der Versicherer kann verlangen, dass der Versicherte Belege im Original einreicht. Hierzu zählen z. B. Arztrechnungen, Material- und Laborkostenrechnungen.

Wird ein anderweitig bestehender Versicherungsschutz zuerst in Anspruch genommen, genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

Die Belege müssen

- den Namen des Rechnungsausstellers,
 - den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
 - Krankheitsbezeichnungen,
 - Behandlungsdaten und
 - vorgenommene Leistungen
- enthalten.

Die Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sowie die Rezepte über Arznei- und Verbandmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Für die Zahlung eines Krankenhaustagegelds muss der Versicherte eine Bescheinigung des Krankenhauses über die vollstationäre Heilbehandlung vorlegen. Diese muss

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
 - die Krankheitsbezeichnung,
 - das Aufnahmedatum,
 - das Entlassungsdatum und
 - Angaben über eventuelle Beurlaubungen
- enthalten.

Überführungs- bzw. Bestattungskosten sind durch

- Kostenbelege,
 - amtliche Sterbeurkunde und
 - die ärztliche Bescheinigung der Todesursache
- nachzuweisen.

Telefonkosten sind durch Kostenbelege zu belegen. Die vorgelegten Nachweise werden Eigentum des Versicherers.

(2) Die versicherte Person muss jede für die Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers erforderliche Auskunft erteilen. Auf Verlangen des Versicherers muss der Versicherte die behandelnden Zahnärzte bzw. Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Er muss sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Zahnarzt bzw. Arzt untersuchen lassen.

(3) Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung Dritter beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dritte können z. B. die gesetzliche Krankenversicherung, andere gesetzliche Leistungsträger (z. B. gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung) oder anderweitige Versicherer sein. Dies gilt auch dann, wenn diese ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart haben. Dies gilt unabhängig davon, wann der anderweitige Vertrag abgeschlossen wurde. Meldet der Versicherte den Versicherungsfall zuerst dem Versicherer, tritt dieser in Vorleistung. Er wendet sich dann wegen der Kostenteilung direkt an den Dritten.

(4) Auf Verlangen des Versicherers muss der Versicherte Beginn und Ende der Auslandsreise nachweisen.

(5) Hat die versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese an den Versicherer abzutreten. Dies gilt unabhängig von einem gesetzlichen Forderungsübergang. Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe der Leistung des Versicherers. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne Zustimmung des Versicherers nicht aufgegeben werden. Soweit die versicherte Person von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der entstandenen Aufwendungen erhalten hat, kann der Versicherer diesen auf seine Leistungen anrechnen. Lebt der Dritte mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft, kann der Versicherer gegen ihn keine Ansprüche geltend machen. Maßgeblicher Zeitpunkt hierfür ist der Eintritt des Versicherungsfalles. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(6) Bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt: Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung geht der Leistungsanspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung kann der Versicherer die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen. Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Leistungsanspruch bestehen. War die Verletzung der Obliegenheit nachweislich weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich, leistet der Versicherer. Er leistet auch, wenn er den Versicherten nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat. Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verliert der Versicherte den Leistungsanspruch in jedem Fall. Die Kenntnis und das Verhalten der mitversicherten Person rechnet der Versicherer dem Versicherten zu.

§ 12 Versicherungsdauer, Kündigung der Versicherung

(1) Die Versicherung wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Sie verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr. Dies gilt nicht bei Kündigung. Der Versicherer oder der Versicherte können die Versicherung zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigungserklärung muss in Textform erfolgen. Sie kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Scheidet der Versicherte aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen. Kündigt der Versicherte die Versicherung einer mitversicherten Person, gilt: Die Kündigung wird wirksam, wenn diese Kenntnis von der Kündigungserklärung hat. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr.

(2) Bei Beendigung des Gruppenvertrages und bei Entfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt, für den der Beitrag für das laufende Versicherungsjahr gezahlt wurde. Ist eine versicherte Person nicht mehr versicherungsfähig, endet die Versicherung für diese. Der Versicherte muss dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich melden.

(3) Bei einem mitversicherten Kind endet dessen Versicherung mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

(4) Erreicht eine versicherte Person eine andere Altersgruppe mit höherem Beitrag, gilt: Der Versicherte kann die Versicherung der betroffenen Person kündigen. Die Kündigungserklärung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragsänderung erfolgen. Sie gilt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Beitragsänderung.

(5) Das Versicherungsverhältnis endet spätestens mit dem Tod des Versicherten.

(6) Beschränkt der Versicherer seine Kündigung auf einzelne mitversicherte Personen, gilt: Der Versicherte kann den übrigen Teil der Versicherung kündigen. Die Kündigungserklärung muss innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung des Versicherers erfolgen. Sie gilt dann zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung des Versicherers.

(7) Bei Tod eines Versicherten endet dessen Versicherung.

§ 13 Änderungen der Tarifbedingungen und des Beitrags

(1) Wird durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde eine Tarifbedingung (§§ 3 – 15) für unwirksam erklärt, kann der Versicherer eine neue Regelung festlegen. Voraussetzung ist, dass dies zur Vertragsfortführung notwendig ist oder ohne neue Regelung für eine Vertragspartei bzw. die versicherten Personen eine unzumutbare Härte entsteht.

Hierbei sind die Interessen der jeweils anderen Vertragspartei bzw. der versicherten Personen zu berücksichtigen. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der versicherten Personen angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. dem Versicherten die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt hat, Vertragsbestandteil.

(2) Der Versicherer kann die Tarifbedingungen und den Beitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres ändern. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Änderungen werden frühestens einen Monat nach Mitteilung wirksam. Der Versicherte kann die Versicherung innerhalb von zwei Monaten ab Zugang der Mitteilung kündigen. Sie gilt dann zum Änderungszeitpunkt. Hierbei gilt § 12 Abs. 1 sinngemäß.

§ 14 Fortführung in der Einzelversicherung

Bei Beendigung der Versicherung kann die versicherte Person ihre Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte rechnet der Versicherer an. Bei einer Beendigung des Gruppenvertrages informiert der Versicherer die versicherte Person über das Fortführungsrecht. Dieses endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht erfahren hat. Das Fortführungsrecht gilt nicht, wenn die Versicherung durch außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt beendet wurde.

§ 15 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 16 Vertragsdauer, Kündigung des Gruppenvertrages

(1) Dieser Vertrag beginnt am 1. November 2017 und wird zunächst bis zum 31. Dezember 2018 geschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht von einem der Vertragspartner mit dreimonatiger Frist zum Ende des Vertragsjahres gekündigt wird.

(2) Im Falle der Beendigung des Gruppenvertrages verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, die versicherten Personen innerhalb eines Monats nach erfolgter Beendigung über diese und das Fortführungsrecht nach § 13 zu unterrichten.

§ 17 Gerichtsstand

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

(2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat. Für Klagen gegen die versicherte Person ist das Gericht an deren Wohnsitz zuständig.

(3) Für Klagen gegen den Versicherten ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Versicherungssteuerrechtliche Erklärung

Befreiung von Versicherungssteuer nach dem Versicherungssteuergesetz (VersStG)

Ich erkläre: Soweit ich Versicherungsschutz für andere Personen beantrage (auch im Rahmen eines Beitritts zur Gruppenversicherung), handelt es sich bei diesen Personen um nahe Angehörige im Sinne des § 7 des PflegeZG bzw. um Angehörige im Sinne des § 15 der AO.

Kranken- und Pflegeversicherungen sind von der Steuer befreit, sofern die Versicherungsleistung der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO) dient (§ 4 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b Versicherungssteuergesetz):

Als Angehörige bzw. nahe Angehörige gelten:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte,
5. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie,
6. Kinder der Geschwister,
7. Geschwister der Eltern,
8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

Bitte beachten Sie: Die Auflösung einer Verlobung bzw. die Beendigung einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft kann nach Vertragsschluss zu einer abweichenden versicherungssteuerrechtlichen Beurteilung führen; ebenso die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft mit Pflegekindern, wenn mit diesen keine innere Verbundenheit/Beziehung mehr besteht. Sie müssen uns daher in diesen Fällen umgehend informieren, denn Versicherungen von Personen, die keine (nahen) Angehörigen im o. g. Sinne sind, sind in der Regel versicherungssteuerpflichtig. Das bedeutet für Sie: Sie könnten dann zusätzlich zum vertraglich geschuldeten Beitrag zur Zahlung der Versicherungssteuer verpflichtet sein.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz gegenüber der best advice

Ihre in der vorseitigen Beitrittserklärung gemachten personenbezogenen Angaben werden von der best advice für Zwecke der Vertragsverwaltung erhoben und verwendet sowie an die DKV für die Vertragsdurchführung übermittelt. Diese Einwilligungserklärung kann nicht widerrufen werden, weil der Vertrag sonst nicht weitergeführt werden kann.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten auch zur bedarfsgerechten Werbung für Versicherungsprodukte der best advice. Dabei kontaktieren wir Sie per E-Mail oder per Brief mit persönlich auf Sie und Ihre Interessen bzw. Nutzung zugeschnittenen Informationen, Angeboten und Vorteilsaktionen zu best-advice-Leistungen. Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der Deutsche Krankenversicherung (DKV) *

(*Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbörden inhaltlich abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag/ diese Beitrittserklärung und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die DKV daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. die ERGO Group AG weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/ Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

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

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

Die DKV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

Die DKV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfähigkeit oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die DKV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die DKV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die DKV erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com eingesehen oder bei service@dkv.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die DKV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DKV 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 DKV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Group AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die DKV aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die DKV das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsdaten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die DKV unterrichtet.

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 die DKV meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

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

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

Information zum Datenschutz

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300
50933 Köln

Telefon: 0800 3746444 (gebührenfrei)

(oder aus dem Ausland +49 221 578 94018 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters))

Fax: 01805 786000

(14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

E-Mail: service@dkv.com

Unsere(n) **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter der o.g. Adresse oder unter: datenschutz@dkv.com

Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Europäischen Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) 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 die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren.

Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen oder eine Rechnung zu schicken. Angaben in Leistungsfällen benötigen wir, um zu prüfen, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Wir nutzen zudem ausgewählte Daten aller innerhalb der ERGO Gruppe bestehenden Verträge für die Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise, um Sie gezielt bei einer Vertragsanpassung oder -ergänzung zu beraten. Sie sind auch die Grundlage für einen umfassenden Kundenservice.

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

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur bedarfsgerechten Werbung für eigene Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ERGO Gruppe und ihrer Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zum Bestandsabgleich mit einer kooperierenden Krankenkasse um festzustellen, ob die Versicherung dort noch besteht. Die Vorteile aus der Kooperation (z. B. Beitragsnachlass) müssen entfallen, wenn Sie nicht oder nicht mehr bei der Krankenkasse versichert sind,
- zur Optimierung unserer internen Abläufe, z. B. bei der Eingangsbearbeitung. Wir nutzen dabei automatische Systeme, um nachvollziehen zu können, welche Dokumente und Mitteilungen uns erreichen und analysieren diese mit dem Ziel, die weitere Bearbeitung zu beschleunigen, Angaben aus den Dokumenten in unsere digitalen Systeme zu überführen und die interne Zuteilung von Vorgängen zu verbessern,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten, können.
- zum Abgleich gegen die sogenannten „Terrorlisten“ bzw. „US-Sanktionslisten“, um sicherzustellen, dass keine Gelder oder sonstigen wirtschaftlichen Ressourcen für terroristische Zwecke bereitgestellt werden. Aufgrund der europäischen Antiterrorverordnungen 2580/2001 und 881/2002 sind wir zum Datenabgleich sogar gesetzlich verpflichtet.

Wir verarbeiten die Daten jeweils zu den Zwecken, über die wir bei der Erhebung informiert haben und in bestimmten Situationen darüber hinaus auch für weitere, damit vereinbare Zwecke im Rahmen der gesetzlichen Regelungen auf Basis der oben genannten Rechtsgrundlagen. So werden z. B. eingehende Dokumente nicht nur verarbeitet, um den konkreten Vorgang zu bearbeiten, sondern zugleich, um unsere internen Systeme anhand der Vorgänge zu optimieren.

Widerspruchsrecht

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

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Ihre Rechte können Sie geltend machen unter den oben genannten Kontaktdaten.

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

An welche Empfänger leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen – den sogenannten Rückversicherern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler

Werden Sie von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Diese Daten gibt der Vermittler an uns weiter. Wir übermitteln im Gegenzug auch Daten an Ihren Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der ERGO Gruppe

Innerhalb der ERGO Gruppe werden bestimmte Aufgaben in der Datenverarbeitung zentral wahrgenommen. Wenn Sie bei einem oder mehreren Unternehmen der ERGO Gruppe versichert sind, können Ihre Daten also durch ein Unternehmen der ERGO Gruppe verarbeitet werden. Beispielsweise aus folgenden Gründen: zur Verwaltung von Adressen, für den Kundenservice, zu Marketingzwecken, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung. In der beiliegenden Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die jeweils aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.dkv.com im Abschnitt „Datenschutz“ eingesehen werden.

Externe Dienstleister

Wir arbeiten mit ausgewählten externen Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, zu denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version können Sie auf unserer Internetseite einsehen.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir verpflichtet sein, Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger zu übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden und Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen).

Wir übermitteln Beiträge Ihrer Kranken- und Pflegeversicherungen an das Bundeszentralamt für Steuern.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, der Übermittlung nach § 39 Absatz 4a EStG ganz oder teilweise zu widersprechen.

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Frühere Versicherer

Es kommt vor, dass wir mit Ihrem früheren Versicherer erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Wenn Sie z. B. bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihre bisherige Vorversicherungszeit anrechnen lassen oder Ihre portablen Alterungsrückstellungen mitnehmen möchten.

Welche Daten tauschen wir aus?

- Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum
- Versicherungsbeginn und Versicherungsende
- sowie den Übertragungswert

Müssen wir Gesundheitsdaten abfragen, holen wir stets zuvor Ihre Einwilligung ein.

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie zur Versicherung an. Hierbei teilt er uns Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Bonitätsauskünfte

Wie viele andere Unternehmen auch prüfen wir das allgemeine Zahlungsverhalten z. B. von neuen Kunden, die wir noch nicht so gut kennen. Das ist ein übliches Prozedere in der Geschäftswelt, bei der wir Informationen über folgende Auskunftsteile einholen:

- infoscore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“), d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>
- SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden. (Für Auskünfte zu Ihren Daten wenden Sie sich an: SCHUFA Holding AG, Privatkunden Servicecenter, Postfach 10 34 41, 59474 Köln.) Detaillierte Informationen zur SCHUFA i. S. d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“), d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo/>

Adressabfragen

Wir benötigen Ihre Adressdaten für die Verwaltung des Vertrags. Wöchentlich erhalten wir daher eine Liste mit Adressen von Personen, die bei der Deutschen Post einen Nachsendeantrag gestellt und sich mit der Weitergabe der neuen Adresse an Dritte einverstanden erklärt haben. Wir erhalten die Liste von der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Am Anger 33, 33332 Gütersloh. In dieser Liste sind die bisherige und die neue Anschrift sowie der voraussichtliche Zeitpunkt des Anschriftenwechsels/Umzugs aufgeführt. Wir prüfen, ob einer unserer Kunden auf dieser Liste steht und speichern gegebenenfalls die neue Anschrift. Danach löschen wir die gelieferten Daten.

Dennoch kann es vorkommen, dass wir Ihnen einen Brief nicht zustellen können, da uns Ihre aktuelle Anschrift nicht vorliegt. Dann kann es zusätzlich notwendig sein, eine Anfrage an Ihr zuständiges Einwohnermeldeamt zu richten.

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde. Daneben ist dies erlaubt, wenn andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter der oben genannten Adresse anfordern.

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir in einigen Fällen voll automatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche medizinische Zuschläge oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Bei den automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir die von Ihnen im Versicherungsantrag beantworteten Gesundheitsfragen. Bei bestimmten Krankheitsbildern ist ein Vertragsschluss regelmäßig nicht möglich. Bei anderen vergeben wir automatisch einen vorher prozentual festgelegten Zuschlag.

Im Lauf der Vertragsdurchführung treffen wir in einigen Fällen auch automatisierte Entscheidungen. Bei Ergänzungsversicherungen kündigen wir einen Vertrag automatisch, wenn Sie mit der Zahlung Ihrer Beiträge in Verzug sind und auf unsere Mahnungen nicht reagieren. Bei diesen automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir insbesondere die Daten über Ihre Beitragszahlungen.

Unsere Leistungsprüfung kann auch auf einer vollständig oder teilweise automatisierten Bearbeitung beruhen. Dies gilt sowohl für die Private Kranken- wie auch für die Pflegeversicherung. Bei den automatisierten Entscheidungen verarbeiten wir

- die Angaben aus den eingereichten Rechnungen sowie
- die Leistungsmerkmale der jeweils versicherten Tarifbedingungen.

Was ist das Ziel der automatisierten Entscheidungen?

Wir möchten die Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung im Interesse unserer Versicherten schnell und kostengünstig durchführen. Dazu nutzen wir die Möglichkeiten der Digitalisierung.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern Ihre Daten während der Laufzeit Ihres Vertrags. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungsfristen betragen bis zu zehn Jahre.

Welche Rechte haben Sie?

Sie haben neben dem Widerspruchsrecht ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten auf Wunsch in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas ändern wollen, wenden Sie sich bitte an die oben genannte Adresse.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

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

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2–4
40213 Düsseldorf

Unternehmen, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen

DKV Deutsche Krankenversicherung AG ERGO Krankenversicherung AG ERGO Direkt Versicherung AG	ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG	ERGO Versicherung AG ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG	Victoria Lebensversicherung AG
---	--	---	--------------------------------

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	ERGO Group AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht, In- und Outbound-Telefonie)
	ERGO Technology & Services Management AG, ITERGO Informationstechnologie GmbH, ERGO Technology & Services S.A. (Polen)	IT-Dienstleister
	ERGO Direkt AG	bedarfsgerechte Kundenansprache, IT-Dienstleister
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Thieme TeleCare GmbH, ERGO Reiseversicherung AG, Euro-Center Holding	Kundenservice über verschiedene Kommunikationskanäle / Outbound-Telefonie, Notrufzentrale
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
ERGO Versicherung AG	ERGO Rechtsschutz Leistungs-GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	KA Köln.Assekuranz Agentur GmbH	Vermittlung, Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung
	LEGIAL AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG Victoria Lebensversicherung AG	ERGO Group AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung Vertragsverwaltung
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG	Augsburger Aktienbank AG	Übertragung Fondsanteile
	ERGO Direkt AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung
	ERGO Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
	ERGO Life S. A.	Verwaltung von Verträgen
	Xempus AG	Portalbetrieb zur Beratung zur betriebl. Altersvorsorge
	eVorsorge Systems GmbH	Portalbetrieb zur Administration der betriebl. Altersvorsorge
ERGO Lebensversicherung AG	ERGO Direkt AG	Vertragsverwaltung

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleistungskategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outbound-Telefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister (T-Systems u. a.)	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Telefonstudios (FWS, TNS u. a.)	Kundenzufriedenheitsbefragungen
	Assisteure (ALLYSCA, Actineo, Euro-Center Holding, GDV u. a.)	Assistanceleistungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Kooperationspartner im Bereich Reparatur	Unterstützung bei der Schadenregulierung durch Reparaturen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug und Prozessführung
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Rückversicherer (Munich Re u. a.)	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken und bei Altersversorgung
	Sachverständige, Belegprüfer, med. Gutachter	Unterstützung bei der Schadensregulierung