Krankenversicherungsschutz für Reisen im Ausland nach Tarif Hallesche.Kolumbus+

Mit unserer Krankenversicherung für Reisen im Ausland sind Sie gut versichert. Sie können in jedem Kalenderjahr so oft verreisen, wie Sie möchten. Bei jeder Reise sind Sie für eine Dauer von bis zu 10 Wochen versichert.

Insbesondere, wenn der Versicherte während einer Reise im Ausland krank wird oder einen Unfall erleidet, leisten wir für die Ihnen entstehenden Kosten für

- medizinisch notwendige ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung,
- medizinisch notwendige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und
- einen medizinisch sinnvollen Rücktransport.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf den folgenden Seiten beschreiben umfassend, was wir in diesen Fällen erstatten. Dort lesen Sie auch, was der Tarif Hallesche.Kolumbus+ darüber hinaus leistet. Mit einem → gekennzeichnete Begriffe werden unter „Fachbegriffe“ erläutert.

Bitte beachten Sie auch die Bestimmungen in § 4. Hier ist geregelt, wann wir nicht leisten.

Ihr Beitrag

Das Plus an Sicherheit kostet pro Person und Monat:

• bis zu einem Alter von 16 Jahren	1,40 €
• von Alter 17 bis 60 Jahre	1,89 €
• und ab einem Alter von 61 Jahren	5,06 €

Sie zahlen den Beitrag jährlich zu Beginn des Kalenderjahres im Voraus und erhalten dafür 3% Skonto. Der Jahresbeitrag beträgt pro Person:

• bis zu einem Alter von 16 Jahren	16,30 €
• von Alter 17 bis 60 Jahre	22,00 €
• und ab einem Alter von 61 Jahren	58,90 €

Beginnt die Versicherung nicht zum 1.1. eines Jahres, berechnen wir den ersten Beitrag anteilig für die versicherten Monate. Für einen angebrochenen Monat erfolgt die Berechnung taggenau.

Den ersten Beitrag buchen wir unmittelbar nach Abschluss des Vertrages von Ihrem Konto ab.

Wenn der Versicherte 17 bzw. 61 Jahre alt wird, erhöht sich der Beitrag. Diesen buchen wir automatisch zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres ab.

… und im nächsten Jahr?

Ihre Krankenversicherung für Reisen im Ausland ist eine Jahrespolice. Sie läuft jährlich automatisch weiter, wenn sie nicht durch Tod, Wegzug oder Kündigung beendet wird. Sie brauchen sich also um nichts mehr zu kümmern, wenn Sie im nächsten Jahr wieder Ihre Reise ins Ausland planen.

Was müssen Sie beachten, wenn Sie im Ausland krank werden?

Vor Ort bezahlen Sie die Rechnung zunächst selbst. Bitte achten Sie darauf, dass die Rechnung folgende Daten enthält:

- Name der behandelten Person
- Bezeichnung der Krankheit und
- Angabe der einzelnen Leistungen und möglichst auch der einzelnen Daten Ihrer Behandlung

Bei Behandlung im Krankenhaus muss die Rechnung zudem das Datum der Aufnahme und Entlassung enthalten.

Bitte rufen Sie unser Auslands-Notruftelefon an, wenn

- Sie im Ausland stationär behandelt oder
- aus dem Ausland zurücktransportiert werden müssen.

Wir helfen Ihnen, alles Erforderliche zu organisieren. Das Notruftelefon ist Tag und Nacht besetzt. Der diensthabende Arzt klärt dann alles Weitere.

Telefon: +49 711 6603–3930

Digitaler Service – Videosprechstunde

In vielen Fällen können Sie sich bequem per Videosprechstunde ärztlich beraten lassen. Ihren Termin vereinbaren Sie ganz einfach in der Hallesche4u-App.

Wichtiger Hinweis, wenn Sie noch eine weitere Versicherung haben

Haben Sie noch eine weitere Krankenversicherung, z.B. im Rahmen Ihrer Kreditkarte? Dann empfehlen wir Ihnen, die Rechnungen zunächst dort einzureichen. Denn: Beteiligt sich ein anderer Versicherer an den Kosten, erhalten Sie von uns einen zusätzlichen Bonus von

- bis zu 50 € pro Tag im Krankenhaus bzw.
- bis zu 100 € einmalig bei ambulanten Leistungen.

Genaueres dazu lesen Sie in § 5.

Und dann: die Abrechnung mit uns

Bitte reichen Sie Ihre Rechnungen ein und geben dabei immer Ihre Versicherungsnummer an:

- einfach digital über unsere Hallesche4u-App oder
- per E-Mail (service@hallesche.de) oder
- per Brief an:
  Hallesche Krankenversicherung a.G.
  70166 Stuttgart

Sofern wir dies für erforderlich halten, können wir die Vorlage des Originalbeleges verlangen.

Bei Fragen rund um Ihren Versicherungsschutz und im Leistungsfall wenden Sie sich bitte an das Hallesche Service-Telefon 0711 6603-6603 – Montag - Freitag von 8-20 Uhr

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung für Reisen im Ausland nach Tarif Hallesche.Kolumbus+

Fassung Januar 2027

Inhalt

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung? ... 4

§ 2 Wie schließen Sie die Versicherung ab und wann beginnt Ihr Schutz? ... 4

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall? ... 5

§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt? ... 7

§ 5 Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind? ... 8

§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall? ... 8

§ 7 Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen? ... 9

§ 8 Wann endet die Versicherung und wann endet Ihr Schutz? ... 10

§ 9 Wie lange läuft Ihr Vertrag und wie kann er gekündigt werden? ... 10

§ 10 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen? ... 11

§ 11 Wann können wir die Beiträge und Bedingungen dieser Versicherung ändern? ... 11

§ 12 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen? ... 12

§ 13 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten? ... 12

§ 14 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen? ... 12

Fachbegriffe ... 13

Anhang – Gesetzestexte ... 14

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die Hallesche Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Sie sind unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Die Versicherung nach Tarif Hallesche.Kolumbus+ ist eine Krankenversicherung gegen festen Beitrag gemäß unserer Satzung.

Damit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen leichter zu lesen sind, verwenden wir meist die männliche Form. Damit sind alle Geschlechter gemeint.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Schutz bei einem im Ausland eintretenden → Versicherungsfall.

Ist der Versicherungsfall bereits im Inland eingetreten, erstatten wir die versicherten Kosten für eine medizinisch notwendige → Heilbehandlung im Ausland. Dies setzt voraus, dass

- sich die Erkrankung während der Reise im Ausland verschlechtert hat und
- die Heilbehandlung vor Beginn der planmäßigen Rückreise erforderlich ist.

(3) Was ist ein → Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige → Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder der Folgen eines → Unfalles. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss. Verstirbt der Versicherte, liegt ebenfalls ein Versicherungsfall vor.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie unter § 3. Bitte lesen Sie auch § 4 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, wann wir nicht leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

(4) Welche Reisen sind versichert?

Der Schutz der Versicherung erstreckt sich auf Reisen im Ausland. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen der Versicherte einen ständigen Wohnsitz hat.

(5) Wie lange sind Sie versichert?

Schutz besteht für alle Reisen bis zu jeweils 10 Wochen. Dauert eine Reise länger, besteht Schutz nur für die ersten 10 Wochen.

Der Schutz verlängert sich, wenn der Versicherte nach 10 Wochen nicht zurückreisen kann. Dies gilt nur, wenn er → reise- oder → transportunfähig ist. Die genaue Regelung finden Sie in § 8.

(6) Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

(7) Was sind die Grundlagen Ihres Vertrages?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Wie schließen Sie die Versicherung ab und wann beginnt Ihr Schutz?

Den Versicherungsvertrag müssen Sie vor Antritt der Reise schließen. Schließen Sie den Vertrag im Ausland, besteht für diese Reise kein Schutz. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller.

Der Schutz Ihrer Versicherung beginnt ab dem Zeitpunkt, den Sie als Beginn der Versicherung angegeben haben. Er beginnt jedoch nicht

- bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben und nicht
- bevor Sie sich im Ausland befinden.

Bringt eine Versicherte während einer Reise im Ausland ein Kind zur Welt, ist es ab Geburt versichert. Dies setzt voraus, dass

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate in diesem Tarif versichert ist und
- Sie das Kind spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend im Tarif Hallesche.Kolumbus+ anmelden.

Abweichend zu Satz 1 beginnt in diesem Fall die Versicherung während des Aufenthaltes im Ausland.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir im → Versicherungsfall?

(1) Unter welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Freie Arztwahl

Der Versicherte kann im Reiseland frei wählen zwischen dort gesetzlich anerkannten und zur → Heilbehandlung zugelassenen

- Ärzten,
- Zahnärzten,
- Heilpraktikern,
- Chirotherapeuten und
- Osteopathen (soweit ärztlich verordnet).

Freie Krankenhauswahl

Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung kann der Versicherte frei wählen unter den Krankenhäusern, die

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

(2) Für welche Methoden leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?

Muss der Versicherte untersucht und behandelt werden, leisten wir für Methoden, die von der → Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Wir leisten auch für Methoden und Arzneimittel außerhalb der Schulmedizin. Dies gilt, wenn

- sich diese in der Praxis als ebenso erfolgreich bewährt haben. In diesem Fall können wir die Leistung kürzen. Maßgeblich ist der Betrag, den eine schulmedizinische Behandlung gekostet hätte.
- keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel verfügbar sind.

(3) Was erstatten wir, wenn der Versicherte ambulant behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- medizinisch notwendige → Heilbehandlung und
- den medizinisch notwendigen Transport im Notfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

(4) Was erstatten wir, wenn der Versicherte → stationär behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für

- medizinisch notwendige ärztliche → Heilbehandlung,
- Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus,
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare → geeignete Krankenhaus und
- die Unterkunft einer weiteren Person im Krankenhaus, wenn
  - die Begleitung medizinisch notwendig ist oder
  - der Versicherte jünger als 18 Jahre alt ist.

(5) Was erstatten wir, wenn der Versicherte zahnärztlich behandelt werden muss?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige

- schmerzstillende Zahnbehandlung,
- Füllungen in einfacher Ausführung sowie
- provisorischen Zahnersatz und Reparaturen von Zahnersatz.

(6) Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige Arznei- und Verbandmittel, wenn sie ein Arzt verordnet hat.

Arzneimittel muss der Versicherte aus der Apotheke beziehen.

(7) Was erstatten wir für Heilmittel?

Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige

- Strahlen-,
- Wärme-,
- Licht- und
- sonstige physikalische Behandlungen,

wenn sie ein Arzt verordnet hat.

(8) Was erstatten wir für → Hilfsmittel?

Wir erstatten die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung, wenn

- sie von einem Arzt verordnet sind und
- auf der versicherten Reise erstmals medizinisch notwendig werden.

Können Hilfsmittel geliehen werden, erstatten wir die Leihgebühren für die Dauer des Aufenthaltes im Ausland.

Sehhilfen und Hörgeräte erstatten wir nicht.

(9) Was erstatten wir, wenn die Versicherte schwanger ist?

Wir erstatten die Kosten, wenn die Versicherte

- wegen Schwangerschaftskomplikationen von einem Arzt untersucht und/oder behandelt werden muss.
- eine Fehlgeburt erleidet.
- vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche entbindet.
  Besteht kein anderer Versicherungsschutz für das frühgeborene Kind, erstatten wir auch die Kosten für die medizinisch notwendige → Heilbehandlung des frühgeborenen Kindes. Wir übernehmen die Kosten so lange, bis die Versicherte und ihr frühgeborenes Kind transportfähig sind.

(10) Was erstatten wir, wenn der Versicherte zurücktransportiert werden muss?

Unter → Rücktransport verstehen wir die Beförderung des Versicherten vom Reiseland zurück nach Deutschland, wenn er krank oder verletzt ist. Dies setzt voraus, dass er deshalb nicht als normaler Passagier mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln reisen kann.

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport

- an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder
- in das vom Wohnsitz aus nächsterreichbare → geeignete Krankenhaus.

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport, wenn

- dieser medizinisch sinnvoll ist oder
- sich der Schutz der Versicherung wegen → Reise- oder → Transportunfähigkeit verlängert (siehe § 8) oder
- der Versicherte so schwer erkrankt ist, dass er länger als 2 Wochen im Ausland → stationär behandelt werden müsste oder
- die Kosten des Rücktransportes günstiger sind als die erstattungsfähigen Kosten der weiteren → Heilbehandlung.

Wir übernehmen auch die Kosten für die Rückreise einer in diesem Tarif versicherten Begleitperson.

Wir erstatten die Kosten für das jeweils günstigste geeignete Transportmittel.

(11) Was erstatten wir, wenn der Versicherte stirbt?

Wir erstatten die notwendigen Kosten, um den Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz in Deutschland zu überführen.

Alternativ erstatten wir die Kosten, um den Verstorbenen im Reiseland zu bestatten. Wir erstatten aber höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

(12) Was erstatten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?

Müssen im Tarif Hallesche.Kolumbus+ versicherte mitreisende Kinder, die unter 18 Jahre alt sind, im Ausland betreut werden, erstatten wir die notwendigen Kosten. Dies gilt unter folgenden Bedingungen:

- Der Versicherte kann die Kinder nicht betreuen, weil er sich im Krankenhaus befindet oder verstorben ist. Der Aufenthalt im Krankenhaus muss medizinisch notwendig sein und
- kein anderer Mitreisender kann die Kinder betreuen und
- die Kinder sind mit dem Versicherten verwandt oder der Versicherte ist zur Aufsicht der Kinder bevollmächtigt.

Die Kosten der Betreuung übernehmen wir, solange

- sich der Versicherte im Krankenhaus befindet oder
- bis die Kinder an ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland zurückkehren.

Alternativ übernehmen wir die zusätzlichen Kosten für die Unterbringung der Kinder im Krankenhaus.

Ist der Versicherte verstorben, übernehmen wir die Kosten so lange, bis die Kinder an ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland zurückkehren.

Pro Tag erstatten wir die Kosten höchstens bis zu dem Betrag, den eine Person am Tag durchschnittlich in dem jeweiligen Land brutto verdient.

Wir erstatten in einem solchen Fall auch die zusätzlich entstandenen Rückreisekosten dieser Kinder.

(13) Was erstatten wir, wenn der Versicherte gesucht, gerettet oder geborgen werden muss?

Wir erstatten die Kosten insgesamt bis zu 20.000 €, wenn der Versicherte aufgrund eines medizinischen Notfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden muss.

(14) Was erstatten wir, wenn Sie mit uns telefonieren müssen?

Wir erstatten die Kosten, wenn Sie mit unserem Auslands-Notruftelefon (Tel. +49 711 6603-3930) telefonieren.

(15) Welche Serviceleistungen erbringen wir im → Versicherungsfall?

Wir erbringen im Versicherungsfall folgende Serviceleistungen:

- Sie können unser Auslands-Notruftelefon jeden Tag rund um die Uhr telefonisch erreichen.
- Sie erhalten Auskunft zu Kliniken, Ärzten und Arzneimitteln im Ausland.
- Wir erklären die Übernahme der erstattungsfähigen Kosten gegenüber dem Krankenhaus im Ausland.
- Wir organisieren den → Rücktransport oder die Überführung bzw. Bestattung.
- Wir stellen den Kontakt zum Hausarzt her.
- Wir informieren die Angehörigen.
- Wir stellen Ihnen einen medizinischen Dolmetscher-Service zur Verfügung.

§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) In welchen Fällen leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht, selbst wenn der → Versicherungsfall eingetreten ist:

- Wenn der Versicherte krank ist oder an den Folgen eines → Unfalles leidet und deshalb zur Behandlung ins Ausland reist.
- Für die Behandlungen und Untersuchungen, von denen schon vor der Reise durch eine ärztliche Diagnose feststeht, dass der Versicherte sie während der Reise durchführen muss.
  Das gilt nicht, wenn der Versicherte die Reise macht,
  - weil der Ehegatte, der → Lebenspartner oder ein Verwandter ersten Grades gestorben ist und
  - die Reise aufgrund der Beerdigung oder der Überführung notwendig ist.
- Wenn der Versicherte verletzt wird oder stirbt, weil er an Unruhen aktiv beteiligt war.
- Wenn der Versicherte durch Kriegsereignisse verletzt wird oder stirbt.
  Wir leisten aber, wenn
  - das Auswärtige Amt nicht vor Reisen in das Reisegebiet warnt oder
  - eine Warnung für das Reisegebiet erst ausspricht, wenn der Versicherte schon dort ist und
  - er das Gebiet → unverzüglich verlässt oder
  - schuldlos daran gehindert wird, das Gebiet zu verlassen. Das könnte z.B. eintreten, wenn dem Versicherten Lebensgefahr dadurch droht, dass er das Gebiet verlässt.
- Wenn der Versicherte Berufssportler ist und sich verletzt, während er an einem Wettkampf aktiv teilnimmt.
- Wenn der Versicherte → vorsätzlich einen → Unfall oder eine Krankheit herbeiführt.
- Wenn der Versicherte aufgrund einer Sucht Entgiftungs-, Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen durchführen lässt.
- Wenn die Behandlungen oder Leistungen nicht unmittelbar notwendig sind, Krankheiten zu heilen oder lindern. Dazu gehören insbesondere
  - Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien,
  - ärztliche Gutachten und Atteste sowie
  - Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung. Notfalltransporte zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt erstatten wir.
- Wenn der Versicherte durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder behandelt

wird. Wir erstatten aber die versicherten Sachkosten, die Sie uns nachweisen.

- Wenn der Versicherte → pflegebedürftig ist oder sich in Verwahrung befindet und deshalb behandelt oder untergebracht werden muss.
- Wenn der Versicherte mit Hypnose oder psychoanalytisch und/oder psychotherapeutisch behandelt wird.
- Wenn der Versicherte in Sanatorien behandelt wird oder Maßnahmen zur Rehabilitation und Kuren durchführt.

(2) In welchen Fällen können wir die Erstattung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine → Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, können wir die Erstattung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, müssen wir diese insoweit nicht erstatten. Maßgeblich sind die Verhältnisse im jeweiligen Reisegebiet.

§ 5 Was geschieht, wenn mehrere Versicherer beteiligt sind?

Möglicherweise haben Sie den Schutz für Reisen im Ausland auch bei anderen Versicherern abgesichert. Das kann z.B. die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer privater Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche gegen andere Versicherer, sind diese vorrangig. Im Leistungsfall stehen Ihnen dann insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu.

Wenn Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern haben, können Sie wählen, welchem Versicherer Sie den Schaden melden.

Reichen Sie die Rechnungen zuerst bei einem anderen Versicherer ein, erhalten Sie von uns einen zusätzlichen Bonus. Dies setzt voraus, dass

- Leistungen davon in diesem Tarif versichert sind und
- der andere Versicherer sich vorab an diesen Kosten beteiligt.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, erhalten Sie

- einen Bonus von bis zu 50 € für jeden Tag, an dem der Versicherte → **stationär behandelt** wurde. Wir zahlen diesen Bonus bis zur Höhe von 50% der Kosten, die der andere Versicherer für die stationäre Behandlung übernommen hat. Dies gilt für maximal 14 Tage pro Reise.
- einen einmaligen Bonus von bis zu 100 € pro Reise, wenn der Versicherte **ambulant behandelt** wurde. Wir zahlen diesen Bonus bis zur Höhe von 50% der Kosten, die der andere Versicherer übernommen hat.

Wenn Sie den Schaden zuerst bei uns melden, werden wir Ihnen die Kosten erstatten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob und wie sie sich an den Kosten beteiligen. Weitere Informationen darüber lesen Sie in § 10 (3).

§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im → Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir Ihnen die Leistung erstatten können?

Solange Sie die von uns geforderten Nachweise nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen brauchen wir im Original.

Die **Rechnungen** müssen folgende Informationen enthalten:

- Vor- und Zuname der behandelten Person
- Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen)
- Angabe der einzelnen Leistungen des Behandelnden sowie
- Daten der Behandlung

Aus den **Rezepten** müssen wir erkennen können:

- Vor- und Zuname der behandelten Person
- um welches verordnete Medikament handelt es sich
- was kostet das Medikament und
- wurde das Medikament in der Apotheke bezahlt

Bei **Zahnbehandlungen** muss aus den Belegen hervorgehen:

- Vor- und Zuname der behandelten Person
- welche Zähne wurden behandelt und
- welche Behandlung wurde vorgenommen

Bei einer **Überführung oder Bestattung** im Ausland brauchen wir folgende Dokumente:

- Kostenbelege und
- eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache oder eine amtliche Sterbeurkunde

Haben Sie noch eine weitere Versicherung, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein. Es gibt Länder, in denen die Originale einbehalten werden. Bei diesen reichen ebenfalls die Kopien aus.

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Es gibt Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden. Für diese gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik" nach dem jeweils neuesten Stand. Wir beziehen uns hierbei auf die Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank mit Sitz in Frankfurt/Main. Diese Regelung gilt nicht,

- wenn Sie die Devisen für diese Reise teurer erworben haben und
- Sie uns dies durch Bankbelege nachweisen.

(2) An wen zahlen wir die Leistung aus?

Wir zahlen die Leistung an Sie aus. Möchten Sie, dass wir die Leistung an den Versicherten auszahlen, müssen Sie uns dies in → Textform mitteilen.

Sie können die Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:

- Kosten für die Überweisung von Leistungen in das Ausland oder
- für besondere Überweisungsformen, die Sie oder der Versicherte veranlasst haben.

§ 7 Was kostet die Versicherung und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Was kostet die Versicherung?

Die Versicherung kostet pro Monat:

• bis zu einem → Alter von 16 Jahren	1,40 €
• für Alter 17 bis 60 Jahre	1,89 €
• und ab einem Alter von 61 Jahren	5,06 €

Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr.

Sie bezahlen den Beitrag jährlich jeweils zu Beginn des Kalenderjahres. Beginnt die Versicherung nicht zum 1.1. eines Jahres, berechnen wir den ersten Beitrag anteilig für die versicherten Monate. Für einen angebrochenen Monat erfolgt die Berechnung taggenau.

Das → Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr.

Sind mehrere Personen versichert, müssen Sie den Beitrag für jeden Versicherten zahlen.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Den ersten Beitrag buchen wir mit Fälligkeit unmittelbar nach Abschluss des Vertrages von Ihrem Konto ab. Wenn Sie oder wir den Vertrag nicht kündigen, werden die weiteren Beiträge jeweils zu Beginn des Kalenderjahres fällig und abgebucht.

Wird ein Versicherter 17 bzw. 61 Jahre alt, erhöht sich der Beitrag. Wir buchen diesen automatisch zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres ab. Sie können die Versicherung für den betroffenen Versicherten dann innerhalb von 2 Monaten nach Beginn des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung wird zum Beginn des Kalenderjahres wirksam.

(3) Was geschieht, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, können wir hinsichtlich der betroffenen Person vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Tritt ein → Versicherungsfall ein, bevor Sie den ersten Beitrag gezahlt haben, müssen wir nicht leisten. Dies gilt nur, wenn

- Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben und
- wir Sie zuvor in → Textform auf diese Folge hingewiesen haben.

(4) Was geschieht, wenn Sie einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Zahlen Sie einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig, fordern wir Sie in → Textform zur Zahlung auf. Wir setzen Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen.

In der Zahlungsaufforderung nennen wir Ihnen

- die rückständigen Beiträge und
- die Folgen, die eintreten, wenn Sie nicht rechtzeitig zahlen.

Zahlen Sie nicht innerhalb dieser Frist,

- müssen wir für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Frist eintreten, nicht leisten und
- können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Hierbei beachten wir die §§ 37 und 38 VVG. Diese finden Sie im Anhang.

§ 8 Wann endet die Versicherung und wann endet Ihr Schutz?

Der Vertrag endet, wenn

- Sie oder wir kündigen. Weitere Informationen dazu lesen Sie in § 9.
- Sie in Deutschland keinen Wohnsitz mehr haben. Etwas anderes gilt beim Versicherten: Hat dieser keinen Wohnsitz mehr in Deutschland, endet dessen Versicherung.

Nach Ihrem Tod können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von 2 Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter, endet dessen Versicherung. Die Leistungen nach § 3 (11) bleiben davon unberührt.

In folgenden Fällen endet der Schutz – auch für laufende Versicherungsfälle:

- wenn der Vertrag endet oder
- wenn der Versicherte 10 Wochen ununterbrochen im Ausland war

Eine Ausnahme besteht, wenn der Versicherte nicht zurückreisen kann – aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat. Dann besteht der Schutz weiter, bis er an seinen Wohnort zurückreisen kann.

Der Schutz besteht auch in folgenden Fällen weiter. Das gilt selbst dann, wenn der Vertrag endet oder der Versicherte 10 Wochen ununterbrochen im Ausland war.

- Der Versicherte kann nicht zurückreisen, weil er → reiseunfähig ist. Dann verlängert sich der Schutz um maximal 7 Tage und begründet einen Anspruch auf → Rücktransport nach § 3 (10).
- Der Versicherte muss vor Ort bleiben, weil er → transportunfähig ist. Dann verlängert sich der Schutz so lange, bis der Versicherte wieder transportiert werden kann und begründet einen Anspruch auf Rücktransport nach § 3 (10).

Der Versicherungsschutz verlängert sich entsprechend für mitreisende Kinder,

- die in Tarif Hallesche.Kolumbus+ versichert,
- unter 18 Jahre alt und
- mit dem Versicherten verwandt sind oder für die der Versicherte zur Aufsicht bevollmächtigt ist.

Die Verlängerung gilt nur dann, wenn die Kinder mit dem Versicherten reisen, der

- reise- bzw. transportunfähig ist oder
- unverschuldet nicht zurückreisen kann.

Für Leistungen nach § 3(10) und (11) gilt die Begrenzung auf eine Reisedauer von 10 Wochen nicht, sofern neben Tarif Hallesche.Kolumbus+ eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Hallesche Krankenversicherung besteht.

§ 9 Wie lange läuft Ihr Vertrag und wie kann er gekündigt werden?

Sie schließen mit uns den Vertrag für ein → Versicherungsjahr ab. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn der Versicherung und endet mit Ablauf des 31.12. des gleichen Jahres.

Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn weder Sie noch wir in → Textform kündigen. Beide Seiten können jeweils zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Die gesetzlichen Kündigungsrechte bleiben unberührt.

§ 10 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten sind zu beachten?

Wir können von Ihnen und dem Versicherten Folgendes verlangen:

- Sie und der Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
  - ob ein → Versicherungsfall vorliegt und
  - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Darüber hinaus müssen Sie und der Versicherte uns die Befugnis erteilen, diese Auskünfte einzuholen
  - bei Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Osteopathen und Chirotherapeuten,
  - in Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten,
  - in Pflegeheimen und bei Pflegepersonen,
  - bei anderen Personenversicherern und
  - gesetzlichen Krankenkassen sowie
  - bei Berufsgenossenschaften und Behörden.

  Diese müssen Sie und der Versicherte dazu von ihrer Schweigepflicht entbinden.
- Der Versicherte muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Sie müssen uns den Beginn und das Ende einer jeden Reise im Ausland nachweisen.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Diese finden Sie im Anhang.

Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

(3) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder ein Versicherter Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. Schadenersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen sein. Auch Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte gehören dazu.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG (siehe Anhang).

§ 11 Wann können wir die Beiträge und Bedingungen dieser Versicherung ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der vertraglichen Zusage können sich unsere Leistungen ändern, z.B. dadurch, dass

- die Kosten für → Heilbehandlungen steigen oder
- Versicherte medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen oder
- die Lebenserwartung der Versicherten steigt.

Deshalb vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den Leistungen, die wir gemäß unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkuliert haben.

Weichen die erforderlichen Leistungen einer → Beobachtungseinheit um mehr als 5% von den kalkulierten ab,

- überprüfen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und
- passen sie – soweit erforderlich – an, nachdem der unabhängige → Treuhänder dies überprüft und zugestimmt hat.

Die Anpassungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Sie über die Änderung und die maßgeblichen Gründe benachrichtigt haben.

(2) Wann können wir die Bedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen und die Tarifbestimmungen diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger → Treuhänder überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und

- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt wurde. Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mitberücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

Ändern wir die Beiträge oder Bedingungen, können Sie die Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung muss uns innerhalb von 2 Monaten nach Zugang unserer Änderungsmitteilung zugehen. Kündigen Sie nicht, wird die Änderung zu dem mitgeteilten Zeitpunkt wirksam. Darauf werden wir auch in der Mitteilung hinweisen.

§ 12 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

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

§ 13 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der → Textform.

§ 14 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de/

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit → gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter/alt

Das Alter berechnen Sie, indem Sie vom Kalenderjahr Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2027 – 1989 = 38. Das Alter bestimmt die Höhe des Beitrages.

Beobachtungseinheit

Beobachtungseinheiten sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Geeignetes Krankenhaus

Als geeignet bezeichnen wir ein Krankenhaus, das in der Lage ist, die Krankheit oder Verletzung des Versicherten medizinisch angemessen zu versorgen.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Hilfsmittel

Zu den Hilfsmitteln gehören insbesondere Sehhilfen, Hörhilfen, Prothesen und orthopädische Hilfsmittel wie Rollstühle sowie andere Hilfsmittel, etwa Inhalationsgeräte.

Sehhilfen und Hörgeräte erstattet Tarif Hallesche.Kolumbus+ nicht.

Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Pflegebedürftig

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft nicht selbstständig bewältigen kann. Sie ist deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen.

Reiseunfähig

Reiseunfähig bedeutet, dass der Versicherte so krank oder verletzt ist, dass er deshalb nicht als normaler Passagier mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln reisen kann. Er kann aber z.B. in einem intensiv medizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel befördert werden.

Rücktransport

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung des Versicherten vom Reiseland zurück nach Deutschland, wenn er krank oder verletzt ist. Dies setzt voraus, dass er deshalb nicht als normaler Passagier mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln reisen kann.

Praxisbeispiel zum Rücktransport:
Unfall mit dem Mountainbike in Spanien. Verletzung der Wirbelsäule. Infolgedessen Querschnittsymptomatik. Nach der notwendigen stationären Akutbehandlung und Stabilisierung des Versicherten erfolgte der Rücktransport nach Deutschland in eine Spezialklinik. Der Versicherte wurde in einem Ambulanzflugzeug zurücktransportiert und dabei von einem Arzt betreut.

Schulmedizin

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Stationäre Heilbehandlung

Eine stationäre Heilbehandlung liegt vor, wenn der Patient zeitlich ununterbrochen – mindestens aber einen Tag und eine Nacht – im Krankenhaus untergebracht ist.

Textform

Textform bedeutet schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Transportunfähig

Im Gegensatz zu → reiseunfähig ist der Versicherte so krank oder verletzt, dass er nicht transportiert werden darf. Selbst in einem intensiv medizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel ist das nicht möglich.

Treuhänder

Sind unabhängige Personen, die gesetzlich vorgesehene Prüfungs- und Kontrollaufgaben wahrnehmen.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige → Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines → Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr entspricht beim Tarif Hallesche.Kolumbus+ dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn der Versicherung und endet am 31.12. des gleichen Jahres.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

Anhang – Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG] in der bis zum 30. September 2017 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.