

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung

Tarif AV

Stand 01.04.2012

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Die INTER Krankenversicherung aG (INTER) bietet Versicherungsschutz bei Auslandsreisen für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Sie ersetzt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise eintretenden Krankheit oder Unfallfolgen. Versicherungsfall ist auch die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburt und notfallbedingtem Schwangerschaftsabbruch.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Als Versicherungsfall gilt auch der Tod einer versicherten Person.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz besteht ausschließlich für das Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.
- (5) Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf einen Zeitraum von 45 Tagen nicht übersteigen (siehe § 7 Abs. 1).

§ 2

Abschluss und Ende des Versicherungsvertrages

- (1) Versicherungsfähig sind Personen, deren ständiger Wohnsitz im Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Vertragsstaaten) oder der Schweiz liegt. Verlegt eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz aus diesen Staaten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Voraussetzung für die Aufnahmefähigkeit ist ein ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Der Versicherungsvertrag muss vor Beginn des Auslandsaufenthaltes abgeschlossen werden. Er kommt mit der Annahme des Antrags durch die INTER oder - z.B. bei Verwendung des Policenheftes oder bei Online-Abschluss - mit Zugang der vollständig ausgefüllten Vertragsabschlusserklärung bei der INTER zustande (siehe auch § 3 Abs. 1).
- (3) Der Versicherungsvertrag gilt ab Versicherungsbeginn für die Dauer des laufenden Kalenderjahres. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Kalenderjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder die INTER zum Ende eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird.
- (4) Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.
- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (6) Die Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen festen Beitrag nach den Bestimmungen der Satzung der INTER.

§ 3

Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt ab dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 2), nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.
- Als Zahlung des Beitrags gilt der Eingang des vollständig ausgefüllten Versicherungsantrags bzw. der vollständig ausgefüllten Vertragsabschlusserklärung
- (jeweils einschließlich Einzugsermächtigung), sofern die Lastschrift über den Erstbeitrag eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Chiroprateuren und Osteopathen frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ist von der versicherten Person das nächsterreichbare geeignete und im Aufenthaltsland allgemein anerkannte Krankenhaus aufzusuchen, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Bei Aufenthalt in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Satz 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn die stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist.
- (4) Die INTER leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die INTER kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (5) Die INTER erstattet die Kosten für eine nach ärztlichem Urteil medizinisch notwendige und angemessene Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:
- a) Ambulante Heilbehandlung
- ärztliche Leistungen
 - Leistungen von Heilpraktikern, Chiroprateuren und Osteopathen
 - Arznei- und Verbandmittel
 - Heilmittel (Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalisch-medizinische Behandlung, wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt wird)
 - Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel (technischer Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen), soweit diese erstmals erforderlich werden, sowie in akutem Fall Kauf ärztlich verordneter Bein- oder Handschienen, -orthesen und -bandagen zur Stabilisierung und Ruhigstellung, orthopädischer Korsette und Krücken jeweils in einfacher Ausführung. Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte sind in keinem Fall erstattungsfähig.
 - Röntgendiagnostik
 - notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Unfall (am Unfalltag)
- b) Stationäre Heilbehandlung
- ärztliche Leistungen
 - Krankenhausleistungen (einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung)
 - Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste, auch bei medizinisch notwendiger Verlegung aus dem Krankenhaus, in dem die Erstversorgung stattfand
- c) Zahnärztliche Behandlung
- schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung
 - zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz sowie Provisorien
- Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen oder Kieferorthopädie.

d) Sonstige Leistungen

- Personenbergung

Erkrankt eine versicherte Person im Ausland oder verletzt sie sich und muss deshalb von einem Rettungsdienst gesucht, gerettet oder geborgen werden, sind die Kosten dieser Aktion bis 1.500 EUR erstattungsfähig.

- Krankenrücktransport

Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransport aus dem Ausland, z.B. wenn

- die Behandlung im Aufenthaltsland nicht nach den in Deutschland üblichen medizinischen Standards erfolgen kann oder
- die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland nach der Prognose des behandelnden Arztes voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde oder
- die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Aufenthaltsland die Kosten für den Rücktransport übersteigen würden.

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten für den Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich oder behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Als Mehrkosten gelten die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Der Krankenrücktransport muss nach Deutschland oder in das Land erfolgen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

Vor Durchführung des Rücktransports ist beim medizinischen Dienst der INTER (Tel. 0621 427 427) eine Leistungszusage einzuholen. Der medizinische Dienst trifft die Entscheidung über einen solchen Rücktransport und die Mitnahme einer Begleitperson im Einvernehmen mit dem am Ort behandelnden Arzt und veranlasst den Rücktransport. Anderenfalls sind die erstattungsfähigen Kosten auf 5.120 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und 10.230 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland begrenzt.

- Heilbehandlung von Neugeborenen

Erstattungsfähig sind nach einer Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes, sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Ist kein Elternteil seit mehr als drei Monaten nach Tarif AV versichert, sind die erstattungsfähigen Kosten auf 50.000 EUR begrenzt.

- Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes, sind die Kosten für ihre Überführung nach Deutschland oder in das Land, in dem sie ihren letzten ständigen Wohnsitz hatte, erstattungsfähig.

Wird die verstorbene Person nicht überführt, sind die Bestattungskosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer Überführung an ihren letzten ständigen Wohnsitz entstanden wären.

- Serviceleistungen

Vor der Auslandsreise werden auf Wunsch Informationen über vorgeschriebene und empfohlene Schutzimpfungen im Reiseland gegeben.

Bei Eintritt des Versicherungsfalles werden folgende Serviceleistungen erbracht:

- Telefonischer 24-Stunden-Service durch den medizinischen Dienst der INTER.
- Medizinische Beratung und Unterstützung bei Eintritt des Versicherungsfalles (z. B. Organisation einer medizinisch notwendigen Versorgung, Benennung von Kliniken im Ausland).
- Möglichkeit einer Direktabrechnung mit dem Krankenhaus von Kosten, die unter den Versicherungsschutz fallen. Voraussetzung ist, dass der medizinische Dienst der INTER eingeschaltet wird.
- Organisation eines Rücktransportes, einer Überführung aus dem Ausland, von Such-, Bergungs- und Rettungsmaßnahmen nach einem Unfall.

(6) Die erstattungsfähigen Kosten werden zu 100 % ersetzt.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der

Reise waren;

- b) für Behandlungen, von denen aufgrund ärztlicher Diagnose bei Reiseantritt feststand, dass sie bei

- planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartners nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- c) für solche Krankheiten einschließlich deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse, die aufgrund einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorhersehbar waren, oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - d) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen außer in den Fällen von § 1 Abs. 2;
 - f) für ambulante Psychoanalyse und -therapie sowie für Hypnose;
 - g) für Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Beseitigung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlichen Anomalien;
 - h) für zusätzliches Pflegepersonal, für ärztliche Gutachten und Atteste;
 - i) für Desinfektionen und Impfungen, für Nähr- und Stärkungsmittel;
 - j) für Fahrtkosten bei ambulanter Heilbehandlung;
 - k) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - l) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - m) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - n) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - o) für alle sonst in § 4 nicht als erstattungspflichtig aufgezählte Kosten.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann die INTER ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die INTER insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Dabei werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zu Grunde gelegt.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die INTER ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind. Diese werden Eigentum der INTER.
- (2) Die Kostenbelege sind im Original einzureichen. Wurden die Kostenbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, genügen Zweitschriften der Belege, wenn darauf der andere Versicherer die Leistung vermerkt hat.
- (3) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Stempel (Quittungsvermerk) der Abgabestelle deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Ablehnung sind nachzuweisen.
- (4) Der Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Beerdigungskosten ist durch Kostenbelege und die amtliche Sterbeurkunde mit ärztlicher Bescheinigung über die Todesursache zu belegen.
- (5) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der INTER aus § 14 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (6) Die INTER ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber der INTER in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (7) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei der INTER eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (8) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen

tungen - mit Ausnahme auf ein inländisches Konto - können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit der Beendigung eines Auslandsaufenthaltes bzw. einem Krankenrücktransport, spätestens jedoch 45 Tage nach Beginn des jeweiligen Auslandsaufenthaltes und spätestens mit Beendigung des Versicherungsvertrages.
- (2) Für leistungspflichtige Versicherungsfälle, die im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes nach Abs. 1 (45 Tage) noch andauern, erbringt die INTER bei nachgewiesener Transportunfähigkeit die Versicherungsleistungen einschließlich eines evtl. dann notwendig werdenden Rücktransports bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.

§ 8

Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag beträgt pro Person und Versicherungsjahr (siehe § 2 Abs. 4)
- bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird 7,50 EUR,
 - ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das 66. Lebensjahr vollendet wird 15,00 EUR.
- (2) Die Folgebeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.

§ 9

Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen muss unverzüglich, spätestens jedoch drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung oder Bestattung geltend gemacht werden.
- (3) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen der INTER nachzuweisen.
- (4) Die Leistungspflicht der INTER hängt davon ab, dass
- a) der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person der INTER jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der INTER und ihres Umfangs erforderlich ist,
 - b) die versicherte Person sich auf Verlangen der INTER durch einen von der INTER beauftragten Arzt untersuchen lässt,
 - c) die versicherte Person nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens sorgt und alle Handlungen unterlässt, die der Genesung hinderlich sind,
 - d) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person der INTER die Einholung von erforderlichen Auskünften ermöglicht (insbesondere durch Entbindung von der Schweigepflicht).
- (5) Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person diesen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die INTER soweit erforderlich mitzuwirken.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 bzw. § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11

Ansprüche gegen Dritte

- (1) Wird ein Versicherungsfall zuerst der INTER gemeldet, tritt diese im tariflichen Umfang in Vorleistung.
- (2) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, ist die INTER nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. In diesem Fall wendet sich die INTER nach ihrer Vorleistung zwecks Kostenabrechnung direkt an die gesetzliche Unfallversicherung.
- (3) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf die INTER über, soweit diese den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (4) 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 3 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- (5) Die Absätze 3 und 4 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, der INTER ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 3 und 4 schriftlich abzutreten.

§ 12

Aufrechnung

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

§ 13

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der INTER, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Schriftform, soweit gesetzlich nicht eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 14

Anwendbares Recht

Für alle Streitigkeiten aus dem Versicherungsverhältnis gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

§ 15

Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen die INTER können bei dem Gericht am Sitz der INTER oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der INTER zuständig.

§ 16

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können von der INTER zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

INTER Krankenversicherung aG

Anhang

Stand: 01.04.2012

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Abs. 1 und 2

Fälligkeit der Geldleistung

- | | |
|--|--|
| <p>(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.</p> <p>(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles be-</p> | <p>endet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.</p> |
|--|--|

§ 28 Abs. 1 bis 3

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- | | |
|---|---|
| <p>(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.</p> <p>(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 Oblie-</p> | <p>genheit 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.</p> <p>(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.</p> |
|---|---|

§ 86 Abs. 2

Übergang von Ersatzansprüchen

- | | |
|---|---|
| <p>(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</p> | <p>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.</p> |
|---|---|