
Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs AMC-V für die Auslandsreise – Krankenversicherung - gültig ab 01.01.2012

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem außerhalb der Bundesrepublik Deutschland eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise akut auftretenden Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Für den Vertrag einschließlich Vertragsinformation und für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.
- (4) Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, für die bereits Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte im Versicherungsverband Die Continentale besteht und die sich berufsbedingt länger als 14 Tage bzw. bei Privatreisen länger als 42 Tage im Ausland aufhalten werden.

Personen die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können für einen Auslandsaufenthalt der höchstens 365 Tage; Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres für einen Auslandsaufenthalt der höchstens 90 Tage andauert, versichert werden.

Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von insgesamt 365 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nach diesem Tarif vom 15./ 43. bis 365. Tag bzw. vom 15./43. bis 90. Tag des Auslandsaufenthaltes.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (§ 3) und nicht vor Zahlung des Beitrages (§ 8). Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die in § 3 Absatz 2 oder 3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen werden. Eine Verlängerung ist nicht möglich.
- (2) Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür speziell vorgesehenen gültigen Vordruck beantragt und erfolgt die Beitragszahlung über ein Geldinstitut, kommt der Vertrag, sofern der ordnungsgemäß ausgefüllte Vordruck beim Versicherer eingeht, bereits mit dem Tag der Einzahlung des Beitrages (Datum der Post bzw. des Geldinstituts ist maßgebend) zustande. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn des Versicherungsvertrages, die zu versichernden Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller bzw. der im Einzahlungsvordruck angegebene Einzahler. Als Versicherungsschein gilt der Quittungsbeleg des Einzahlungsvordrucks.
- (3) Alternativ zu Absatz 2 kommt der Versicherungsvertrag mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheines gegenüber dem Antragsteller zustande. Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür speziell vorgesehenen gültigen Vordruck beantragt, kommt der Vertrag mit dem Eingang des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer zustande. Wird der Vordruck per Post versandt, ist maßgebend das Datum des Poststempels. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn des Versicherungsvertrages, die zu versichernden Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Der Beitrag gilt als bezahlt, sofern eine Lastschriftinzugsermächtigung für den Beitrag abgegeben ist, aufgrund derer ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgen kann. Als Versicherungsschein gilt die Durchschrift der Lastschriftinzugsermächtigung.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann frei unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, gewählt werden.
- (4) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet auch 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; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (5) Leistungen werden für folgende Kosten erbracht, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen:

5.1. Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- a) ambulante ärztliche Heilbehandlung, einschließlich Röntgendiagnostik;
- b) Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinische Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn Sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungspräparate, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u. ä.
- c) schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
- d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransports übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 26, – Euro gewählt werden. Es wird für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig und dies ärztlich bestätigt ist.

- e) den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächst erreichbare, nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus.

5.2. Rücktransportkosten

Erstattet werden die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson (medizinisches Fachpersonal) werden ebenfalls erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

Beim Rücktransport ist, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, die kostengünstigste Transportart zu wählen.

Darüber hinaus werden Rücktransportkosten gemäß § 4 Absatz 5.1. d) erstattet.

5.3. Überführungs- oder Bestattungskosten

Erstattet werden die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.226, – Euro. Dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

5.4. Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.557, – Euro je versicherte Person.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG – siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades zwingend erforderlich wurde;
 - b) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
 - c) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlungen (z.B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
 - f) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kosten für notwendige ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt sind jedoch erstattungsfähig;
 - g) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
 - h) für Hilfsmittel, (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.) mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
 - i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - j) für Behandlung durch Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 des LPartG (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
 - k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - l) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltsweg unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - m) für die durch Krankheit oder Unfälle entstehenden Kosten, die durch die aktive Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Originalrechnungen vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Absatz 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages für gehandelte Währungen 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, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (6) Kosten für die Überweisungen der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein Konto in der Bundesrepublik Deutschland – sowie für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes.
- (2) Ist die Rückreise aus dem Ausland bis zum vereinbarten Zeitpunkt ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist im unmittelbaren Anschluss an den Wegfall der Transportunfähigkeit eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

§ 8 Beitragszahlung

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Er beträgt ab dem ersten Tag der Versicherungsdauer je Reisetag

bei einer Reisedauer von	für Personen die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	für Personen nach Vollendung des 65. Lebensjahr
15 bzw. 43 bis 90 Tagen	1,40 Euro	7,50 Euro
15 bzw. 43 bis 180 Tagen	1,40 Euro	Nicht versicherbar
15 bzw. 43 bis 365 Tagen	1,70 Euro	Nicht versicherbar

Im Übrigen ergeben sich die Folgen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie aus § 37 VVG (siehe Anhang).

§ 9 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Jede Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Die Regelung in § 7 Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmer eine der in § 9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten vorsätzlich, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit

ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer zu beweisen.

- (2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit der Versicherungsnehmer nachweist, dass 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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles und Folgen bei Obliegenheitsverletzung bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet eines gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostensatz sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 14 Meldung von Adress- und Namensänderungen

Eine Änderung der Postanschrift oder des Namens muss dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Andernfalls können dem Versicherungsnehmer dadurch Nachteile entstehen, da der Versicherer eine an ihn gerichtete Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die zuletzt bekannte Anschrift senden kann. In diesem Fall gilt die Erklärung des Versicherers drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.

§ 15 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 16 Verjährung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistungen erstmals verlangt werden können.

§ 17 Frist bei Meinungsverschiedenheiten

Ist derjenige, der den Anspruch auf eine Versicherungsleistung geltend macht, mit der Leistungsentscheidung des Versicherers nicht einverstanden, kann er den Anspruch innerhalb der Verjährungsfrist gerichtlich geltend machen. Wird die Frist versäumt, besteht schon allein aus diesem Grund kein Leistungsanspruch gegen den Versicherer.

Anhang – Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Absatz 1

Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebensgemeinschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

Anhang - Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, 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.
- (3) Eine Vereinbarung durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die erste oder einmalige 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.

§ 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 infolge dessen 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.