
Verbraucherinformationen AIDWORKER-PLUS

Kundeninformationen

Mit den folgenden Angaben möchten wir, die DR-WALTER GmbH, Sie als Kunden umfassend über die beteiligte Versicherungsgesellschaft und die zugrundeliegende Versicherung informieren. Diese Versicherung wird exklusiv über die DR-WALTER GmbH angeboten.

1. Identität der beteiligten Unternehmen

In Verbindung mit dieser Versicherung arbeitet die DR-WALTER GmbH mit einer renommierten Versicherungsgesellschaft zusammen.

Versicherungsschutz für die Krankenversicherung gewährt die

Generali Deutschland Krankenversicherung AG

Hansaring 40-50

50670 Köln

Sitz: München

Registergericht: Amtsgericht München HRB 257065

Die Vertrags- und Leistungsabwicklung erfolgt über die

DR-WALTER GmbH

Eisenerzstraße 34

53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland

Sitz: Neunkirchen-Seelscheid

Amtsgericht Siegburg HRB 4701

Die DR-WALTER GmbH ist als Mehrfachvertreter nach § 34d Abs. 1 der Gewerbeordnung tätig.

Die zuständige Erlaubnisbehörde ist die IHK Bonn / Rhein-Sieg, Bonner Talweg 17, 53113 Bonn, T +49 228 2284 -0, F +49 228 2284 -170, info@bonn.ihk.de, www.ihk-bonn.de.

Im Vermittlerregister ist die DR-WALTER GmbH unter der Nummer D-QAMW-L7NVQ-57 registriert. Dies kann im Internet überprüft werden unter der Adresse <https://www.vermittlerregister.info> oder beim Versicherungsvermittlerregister beim Deutschen Industrie und Handelskammertag (DIHK) e. V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, T 0180-600-585-0 (Festnetzpreis 0,20 € / Anruf; Mobilfunkpreise maximal 0,60 € / Anruf).

Die DR-WALTER GmbH hält eine direkte Beteiligung von 100 % an den Stimmrechten der DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH. Kein Versicherungsunternehmen oder Mutter eines Versicherungsunternehmens hält eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 % an den Stimmrechten oder am Kapital der DR-WALTER GmbH.

2. Vertretungsberechtigte Personen der beteiligten Unternehmen

Gesetzlicher Vertreter der Generali Deutschland Krankenversicherung AG ist der Vorstand wie folgt: Dr. Jochen Petin (Vors.), Ulrich Ostholt, Dr. Rainer Sommer und Daniel Spooen

Vorsitzender des Aufsichtsrates ist: Dr. Robert Wehn

Gesetzliche Vertreter der DR-WALTER GmbH sind die Geschäftsführer.

3. Hauptgeschäftstätigkeit der Versicherer

Die Generali Deutschland Krankenversicherung AG betreibt die Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

Die Rechts- und Finanzaufsicht wird durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn ausgeübt.

4. Garantie- und Sicherungsfonds

Für die Generali Deutschland Krankenversicherung AG gilt:

Die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), sowie das Tarifblatt beschreiben die Versicherungsleistungen nach Art und Umfang und enthalten alle sonstigen Regelungen.

Der gesamte Inhalt ergibt sich aus den folgenden Unterlagen:

- Tarifblatt AIDWORKER-PLUS (AW-PLUS) der Generali Deutschland Krankenversicherung AG,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung 2022 (AVB-AKK-RGR-DRW 2022) der Generali Deutschland Krankenversicherung AG,
- weitere Informationen erhalten Sie mit den allgemeinen und weiteren Kundeninformationen, sowie mit dem jeweiligen Produktinformationsblatt,
- die Versicherungsbestätigung dokumentiert den geschlossenen Versicherungsschutz.

Die von Ihnen anzugebenden Daten und eventuell einzureichenden Unterlagen dienen insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes.

Nebenabreden (z. B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn diese von der DR-WALTER GmbH oder der beteiligten Versicherungsgesellschaft schriftlich bestätigt werden.

6. Gesamtpreis der Versicherung

Der Beitrag für jede versicherte Person ist ein Tagesbeitrag. Dieser wird zu Beginn eines jeden versicherten Kalendermonats im Voraus fällig.

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind gemäß § 4 Nr. 5 Vers.Stg. steuerfrei.

7. Steuern, Gebühren und Kosten

Für den Fall, dass Sie mit Ihren Zahlungen in Verzug geraten, können die in den Versicherungsbedingungen genannten Mahnkosten, sowie Säumniszuschläge anfallen. Sonstige Steuern, Gebühren oder Kosten fallen nicht an.

8. Einzelheiten zur Beitragszahlung

Der Beitrag für jede versicherte Person ist ein Tagesbeitrag und am Anfang eines jeden Kalendermonats im Voraus fällig.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

10. Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag ist ein Gruppenversicherungsvertrag welcher durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande kommt. Die Anmeldung von versicherten Personen zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer.

Für zu versichernde Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrages zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch der Beitrag gezahlt, so steht dieser Beitrag dem Absender unter Abzug der Kosten der DR-WALTER GmbH zu.

11. Laufzeit des Vertrages

Für jede versicherte Person wird eine Versicherungsbestätigung erstellt, aus welcher die Laufzeit des Versicherungsschutzes entnommen werden kann. Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf des letzten Tages der vereinbarten Dauer. Der jeweilige Versicherungsschutz kann, vor Ablauf der vereinbarten Dauer, auf Antrag verlängert werden.

Einzelheiten zu Laufzeit und Ende des Vertrages entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

12. Angaben zur Vertragsbeendigung

Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf des letzten Tages der vereinbarten Dauer. Eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer ist ohne Einhaltung einer Frist jederzeit möglich.

13. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet, deutsches Recht und deutscher Gerichtsstand Anwendung.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort,
- München als Sitz der Generali Deutschland Krankenversicherung AG.
- Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union / des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand München für Klagen gegen die Generali Deutschland Krankenversicherung AG. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

14. Sprachen

Wir kommunizieren mit Ihnen in englischer und deutscher Sprache.

15. Außergerichtliches Schlichtungs- und Beschwerdeverfahren

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, wenden Sie sich bitte an die DR-WALTER GmbH.

So erreichen Sie uns:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland
T +49 22 47 91 94 -0
F +49 22 47 91 94 -40
E-Mail: beschwerde@dr-walter.com

Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden. Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

Bei Beschwerden zu Ihrer Kranken- oder Pflegeversicherung wenden Sie sich bitte an den

Ombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen

Postfach 060222
10052 Berlin
T 0800 2 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
F +49 30 20 45 89 31
E-Mail: ombudsmann@pkv.de
Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.pkv-ombudsmann.de

bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung betreffen, an den

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 08 06 32
10006 Berlin
T 0800 3 696 000 (kostenfreie Rufnummer aus dem deutschen Telefonnetz)
T +49 30 206058 99 (aus dem Ausland)
F 0800 3 699 000 (kostenfreie Rufnummer aus dem deutschen Telefonnetz)
F +49 30 206058 98 (aus dem Ausland)
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt für den Versicherungsnehmer unberührt.

Schlichtungsstelle der Europäischen Kommission

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann weitergeleitet.

Beschwerden können Sie außerdem richten an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn, Deutschland
T +49 228 4108 0
F +49 228 4108 1550
E-Mail: poststelle@bafin.de

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail)

widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Generali Deutschland Krankenversicherung AG, c/o DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Ein Widerruf per Fax ist möglich an die folgende Faxnummer: +49 22 47 91 94-40

Ein Widerruf per E-Mail ist möglich an die E-Mail Adresse: vertrag@dr-walter.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Ausgangsbetrag in Höhe von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Tarifblatt AIDWORKER-PLUS (AW-PLUS)

Auslandskrankenversicherung für Fachkräfte und sonstige Helfer im Ausland, die nicht unter das deutsche Entwicklungshilfegesetz (EhfG) fallen

Krankheitskosten-Risiko-Gruppenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung während langfristiger Auslandsaufenthalte (2022)

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-

I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können alle innerhalb eines Gruppenvertrags versicherbaren Personen versichert sein, die nicht unter das deutsche Entwicklungshilfegesetz (EhfG) fallen und auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland reisen (Hauptversicherte). Der Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder des Hauptversicherten und des Ehe- oder Lebenspartners können mitversichert werden.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet weltweiten Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

1. Abweichend von § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2022 (AVB-AKK-RGR-DRW 2022) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.

2. Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist. Die Dauer verlängert sich, wenn

2.1 die Wiederausreise aus medizinischen Gründen unzumutbar ist. Von einer Unzumutbarkeit ist auszugehen, wenn der Versicherte entweder nicht transportfähig ist oder die Wiederausreise zu gravierenden Gefahren für Leib und Leben führen würde;

2.2 der Entwicklungshelfer seinen Aufenthalt im Einsatzland auf Weisung des Versicherungsnehmers aus politischen Gründen (Krisensituationen) vorübergehend abbrechen muss.

In den Fällen nach Absatz 2.1 und 2.2 endet der Versicherungsschutz aber jedenfalls mit Beendigung des Entwicklungshelfervertrags.

III. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind:

1. bei ambulanter Heilbehandlung, ambulanter Vorsorgeuntersuchung, Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für

1.1 ärztliche Leistungen zu 100 %

1.2 Hebammenleistungen zu 100 %. Für die ambulante Vor- und Nachsorge bei stationärer Geburt werden maximal 200 € erstattet.

1.3 verordnete Arznei- und Verbandmittel zu 100 %

1.4 verordnete Heilmittel zu 100 %

Erstattungsfähig sind insofern:

Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie.

1.5 verordnete Hilfsmittel in folgendem Umfang:

1.5.1 Sehhilfen bis zu 200 € innerhalb von zwei Versicherungsjahren

1.5.2 Krankenfahrstühle bis zu 675 €

1.5.3 orthopädische Schuhe zu 100 % nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75 € einmal je Versicherungsjahr

1.5.4 Bei medizinischer Notwendigkeit sind außerdem ausschließlich erstattungsfähig Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel und Hörgeräte in einfacher Ausführung. Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Generali bezogen werden:

Heimmonitore zur Überwachung der Atmungs- und / oder Herzrhythmusfunktion von Kleinkindern zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wechseldruckmatratzen / -systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte.

Für alle hier aufgeführten Hilfsmittel gilt: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Ist eine Miete möglich, sind ausschließlich die Aufwendungen für die Miete des medizinisch erforderlichen Hilfsmittels in einfacher Ausführung erstattungsfähig.

1.6 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes zu 100 %

1.7 Psychotherapie, höchstens für 20 Sitzungen je Versicherungsjahr

1.8 gezielte Vorsorgeuntersuchungen (ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend den in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen) zu 100 %

1.9 Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Virus Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Haemophilus-influenzae-b, Pneumokokken-Infektion, Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung) sowie sonstige für eine geplante Reise erforderliche bzw. vorgeschriebene Schutzimpfungen zu 100 %

1.10 Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung) einer verheirateten versicherten Person nach vorheriger schriftlicher Genehmigung durch den Versicherer zu 50 %

1.11 medizinisch notwendigen Transport in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie medizinisch notwendige Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation zu 100 %

1.12 Ergibt sich nach einem mehr als dreiwöchigen Krankenhausaufenthalt die ärztlich attestierte Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege eines Versicherten von qualifiziertem Fachpersonal, wird dafür für längstens 30 Tage ein Erstattungsbetrag für nachgewiesene Kosten in Höhe von maximal 50 € pro Tag zur Verfügung gestellt, sofern die Höchstleistung pro Versicherungsfall noch nicht erreicht ist.

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

2. bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für

2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus zu 100 %

Für die Dauer einer stationären Heilbehandlung eines Kindes, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus auch für eine Begleitperson übernommen.

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt eine Erstattung der Aufwendungen für:

2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen

2.1.2 Leistungen einer Beleghebamme.

2.2 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie und Psychoanalyse sind nicht erstattungsfähig. Kosten für eine medikamentöse oder medizinisch notwendige stationäre Behandlung von akuten psychischen Erkrankungen sind bis zu einer Behandlungsdauer von 30 Tagen zu 100 % erstattungsfähig.

2.3 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km zu 100 %. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Bei einer stationären Heilbehandlung kann anstelle der Erstattung für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Krankenhaus die Übernahme der Kosten für häusliche medizinische Betreuung bis zu 2.000 € gewählt werden, sofern diese Betreuung in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung anstelle eines ansonsten medizinisch erforderlichen weiteren Krankenhausaufenthalts erfolgt, ärztlich verordnet ist und von einer qualifizierten Betreuungskraft (Krankenschwester oder Pfleger) durchgeführt wird.

3. bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

3.1 Zahnbehandlung (außer Inlays und Zahnkronen aller Art)

3.2 Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen aller Art sowie Zahn- und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen, zu 50 % bis zu den Höchstsummen der folgenden Staffel:

- bei einem durch Unfall verursachten Versicherungsfall 2.500 €,

in allen anderen Versicherungsfällen:

- in allen anderen Versicherungsfällen 1.300 € je Versicherungsjahr abzüglich der Versicherungsleistungen für Zahnbehandlung (III. Abs. 3.1) im selben Versicherungsjahr

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

4. bei Transporten

4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn

4.1.1 am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn

4.1.2 nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder wenn

4.1.3 die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung die Kosten des Rücktransports übersteigen würden, zu 100 %.

In den Fällen der Nummer 4.1.2 und 4.1.3 ist die Entscheidung über den Rücktransport binnen drei Tagen ab Beginn des Krankenhausaufenthalts zu treffen. Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen sprechen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Die nachgewiesenen Mehrkosten einer mitversicherten Begleitperson sind bis zu 1.000 € erstattungsfähig. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren, sofern alle ebenfalls nach diesem Tarif versicherten mitreisenden erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100 %, höchstens 5.000 €.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100 %.

4.4 im Fall einer versicherten Schwangerschaft und Entbindung die Kosten von Hin- und Rückflug ins Ausreiseland in der günstigsten Klasse zu 80 %, maximal jedoch 2.000 €, wenn die Geburt nicht im Einsatzland erfolgen soll. Diese Leistung entfällt, wenn auf Grund der Schwangerschaft ein medizinisch notwendiger Rücktransport gemäß II. Absatz 4.1 erfolgt.

5. im Todesfall

5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100 %, höchstens 30.000 €

5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100 %, höchstens 10.000 €.

6. Durch Selbstmord oder Selbstmordversuch entstehende Kosten

sind im Rahmen der unter III. Absatz 1 bis 5 genannten Leistungen und Leistungsgrenzen erstattungsfähig.

IV. Sonstiges

1. Die Versicherungsleistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem die Behandlungen durchgeführt bzw. die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2022 (AVB-AKK-RGR-DRW 2022), es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

2. Bei einer Änderung der Beiträge gemäß § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2022 (AVB-AKK-RGR-DRW 2022) können auch die betragsmäßig festgestellten Leistungsbegrenzungen und Selbstbeteiligungen sowie Pauschalbeträge geändert werden. Die geänderten Beträge werden mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

3. Abweichend von § 2 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2022 (AVB-AKK-RGR-DRW 2022) ist eine Mindestdauer von drei Monaten nicht erforderlich.

4. Anstelle des § 2 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2022 (AVB-AKK-RGR-DRW 2022) gilt die folgende Formulierung: Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Weiterhin steht der Geburt eines Kindes die Übernahme eines Pflegekindes gleich, sofern für das Kind ein Kindergeldanspruch besteht. Der Versicherungsschutz für adoptierte Kinder sowie Pflegekinder im Ausland beginnt ab dem Zeitpunkt der Kindergeldzahlung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung-Dr-Walter 2022 (AVB-AKK-RGR-DRW 2022)

der Generali Deutschland Krankenversicherung AG

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland (siehe jedoch auch Absatz 4 Satz 4). Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung;
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen, dies auch stationär, wenn die Untersuchung aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden muss;
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(2) Erfolgt mit der Anmeldung zur Versicherung eine Gesundheitsprüfung und werden aufgrund dieser erhöhte Risiken festgestellt, können hierfür Risikozuschläge und / oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die sich nach dem für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen richten.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Anmeldung, der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Risikogruppenversicherung, den gewählten Tarifen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausreist.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Personen, die vor Veröffentlichung der Reisewarnung bereits in diese Länder ausgereist sind, sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht bis zu einer Dauer von vier Monaten Versicherungsschutz auch in dem Land, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers ausgereist ist.

(5) Hauptversicherte sind die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags versicherbaren Personen. Ehe- oder Lebenspartner sowie Kinder der Hauptversicherten und ihrer Ehe- oder Lebenspartner sind – wenn zum Versicherungsschutz angemeldet – mitversicherte Personen.

(6) Der Hauptversicherte kann für die Zeit nach Beendigung des Auslandsaufenthalts als Versicherungsnehmer eine Anwartschaftsversicherung auf Versicherung in einem gleichartigen Tarif beantragen, den der Versicherer hierfür zur Verfügung stellt, sofern die sonstigen Voraussetzungen für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung vorliegen. Der Antrag auf Abschluss dieser Anwartschaftsversicherung muss gleichzeitig mit der Anmeldung zur Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags gestellt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags, nicht vor der Ausreise und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Sind seit der Ausreise der versicherten Person mehr als acht Wochen bis zum Eingang der Anmeldung beim Versicherer vergangen, beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Die Kosten für die Unterbringung des Neugeborenen sind bei der Nachversicherung mitversichert.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

(4) Die Absätze 2 und 3 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

(5) Es gilt eine Wartezeit von acht Monaten für Zahnersatz und Kieferorthopädie, sofern der Tarif hierfür Leistungen vorsieht und hierzu keine andere Regelung trifft. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Bei Vertragsänderungen gilt sie für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes und rechnet vom Beginn der Vertragsänderung an.

§ 3 Anmeldung

Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer zusammen mit dem Hauptversicherten. Soweit eine Risikoprüfung durchgeführt wird, hat der Hauptversicherte für sich und ggf. für die mitzuversichernden Personen die Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Steht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung kein Arzt oder Zahnarzt zur Verfügung oder sind zur Vornahme der medizinisch erforderlichen Heilbehandlung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Behandelnde berechtigt, sind auch die Leistungen dieser anderen Behandelnden erstattungsfähig. Eine häusliche Behandlungspflege im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung kann durch jede staatlich examinierte Pflegekraft erfolgen. Sind zur Ausübung einer solchen Dienstleistung im Aufenthaltsland üblicherweise auch andere Personen berechtigt, sind auch deren Pflegeleistungen erstattungsfähig.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus 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.

(7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die, soweit vorhanden, den gültigen amtlichen Gebührenordnungen des Landes entsprechen, in dem die Heilbehandlung erfolgt. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.

(8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(9) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen und Unruhen oder durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen und deren Vorbereitung, die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden, verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen

einschließlich Entziehungskuren;

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt;

f) für Behandlungen und die Erbringung sonstiger Leistungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Zusatzinformationen).

(3) Die versicherte Person ist alleiniger Empfangsberechtigter der Versicherungsleistungen. Abweichend von § 44 Absatz 2 und § 45 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) kann die versicherte Person diese Ansprüche ohne Mitwirken des Versicherungsnehmers geltend machen.

(4) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.

(5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut im SEPA-Raum. Wünscht die versicherte Person eine Überweisung auf ein Konto außerhalb des SEPA-Raums oder eine besondere Überweisungsform und kommt der Versicherer diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für erforderliche Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.

(6) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs in Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

(8) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.

(9) In folgenden Fällen ist neben der Originalrechnung mit vorzulegen:

a) bei Rücktransport ein vor dem Transport ausgestellter ärztlicher Nachweis über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports und / oder eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde bzw. eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtlichen Kosten der stationären Heilbehandlung;

b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;

c) bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.

(10) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.

(11) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

§ 7 Verjährung

(1) Die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Zusatzinformationen) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.

§ 9 Beitragszahlung

(1) Die Beitragszahlung erfolgt monatlich. Die Beiträge sind am Monatsersten fällig.

(2) Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

(3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Absatz 2 und 38 VVG (siehe Zusatzinformationen) zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags führen.

§ 10 Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt auf versicherungsmathematischer Grundlage und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Alter der versicherten Person.

Es gilt immer der Beitrag des jeweils erreichten tariflichen Lebensalters bzw. der jeweils erreichten tariflichen Altersgruppe. Bei Erreichen eines neuen tariflichen Lebensalters bzw. einer neuen tariflichen Altersgruppe ist vom 1. des Folgemonats an der Beitrag für das aktuell erreichte Alter zu zahlen. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 11 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge können vom Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 12 Obliegenheiten

- (1) Der Hauptversicherte und die sonstigen versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, so ist der Hauptversicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 13 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Zusatzinformationen) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 12 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 12 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Hauptversicherten gleich.

§ 14 Erstattung bei mehreren Kostenträgern

- (1) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete (z. B. Träger der Sozialversicherung, andere private Versicherer), darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
- (2) Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete gehen den Ansprüchen gegen den Versicherer grundsätzlich vor (Subsidiarität). Dies gilt auch dann, wenn im Verhältnis zu diesen anderen Erstattungsverpflichteten ebenfalls Subsidiarität geregelt ist.
- (3) Der Versicherungsnehmer kann seine Leistungsansprüche auch dann in voller Höhe gegen den Versicherer geltend machen, wenn Ansprüche auch gegen andere Erstattungsverpflichtete bestehen. Um dem Versicherer ggf. einen Rückgriff gegen andere Erstattungsverpflichtete zu ermöglichen, sind Versicherungsnehmer und versicherte Personen dazu verpflichtet, ihre Ansprüche gegen die anderen Erstattungsverpflichteten an den Versicherer abzutreten. Dies gilt nur, soweit dieser geleistet hat.

§ 15 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 16 Ende der Versicherung

- (1) Die Versicherung einzelner versicherter Personen endet mit
 - a) Beendigung des Auslandsaufenthalts;
 - b) Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Gruppenversicherungsvertrag;
 - c) dem Tod;
 - d) Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags;
 - e) Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten. Das erste Versicherungsjahr beginnt gemäß § 2 Absatz 1 dieser AVB, es endet am 31.12. desselben Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich. Die Abmeldung einer mitversicherten Person ist nur wirksam, wenn der Hauptversicherte nachweist, dass die versicherte Person von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt hat. Soweit für eine versicherte Person eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG (siehe Zusatzinformationen) besteht, wird eine Abmeldung nur wirksam, wenn der Hauptversicherte innerhalb von zwei Monaten nach der Abmeldung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Abmeldung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Abmeldung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden;
 - f) Überschreiten der Frist von vier Monaten bei einem vorübergehenden Inlandsaufenthalt.
- (2) Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen für weitere vier Wochen.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankensicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Hauptversicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit diese versicherte Person aus der Krankheitskostenvollversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung ist unwirksam, wenn der Hauptversicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Hauptversicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats abmelden, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

Bei fristgerechter Abmeldung endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrags entfallen, werden zurückgezahlt. Die Versicherung endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Hauptversicherte in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienmitglieds kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird oder eine versicherte Person infolge nicht nur vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Hauptversicherte das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens abmelden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Benötigt eine versicherte Person eine Verlängerung der Versicherung wegen des Fortfalls der ursprünglichen Versicherungsberechtigung im Gruppenversicherungsvertrag – vgl. Absatz 1 Punkt b) –, ist dies bis zu einer Dauer von drei Monaten möglich. In diesem Fall kann mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Verlängerung des Versicherungsschutzes innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags beantragt werden.
- (6) Der Hauptversicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils dieser Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (7) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund von § 11, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt abmelden, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll. Die Abmeldung ist auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung möglich.

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 18 Gerichtsstand

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

(2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat 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.

Gesetzesauszüge

AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG)

§ 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

(2) Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:

1. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 und

2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Abs. 1 S. 2 enthält.

Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das Bundesministerium der Justiz aufgrund einer Rechtsverordnung nach Absatz 5 veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,

2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,

[...]

§ 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 Sinne 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.

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(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.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur 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 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.

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

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 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; Absatz 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 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.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(2) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) 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 Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

(1) Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer darf nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erfolgen; sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person eine Einwilligung erteilt hat.

(2) Die nach Absatz 1 erforderliche Einwilligung kann vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt werden. Die betroffene Person ist vor einer Erhebung nach Absatz 1 zu unterrichten; sie kann der Erhebung widersprechen.

(3) Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

(4) Die betroffene Person ist auf diese Rechte hinzuweisen, auf das Widerspruchsrecht nach Absatz 2 bei der Unterrichtung.

AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGAUFSICHTSGESETZ (VAG)

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwändungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der

Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

AUSZUG AUS DEM STRAFGESETZBUCH (STGB)

§ 218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

AUSZUG AUS DEM BÜRGERLICHEN GESETZBUCH (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

a) Die Datenschutzgrundsätze der DR-WALTER GmbH (nachfolgend DR-WALTER genannt)

Der Schutz der Privatsphäre und die Sicherheit Ihrer personenbezogenen Daten sind für uns wichtige Anliegen. Wir garantieren Ihnen, dass Ihre Daten von uns streng vertraulich behandelt werden. Nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung können Versicherungen heute ihre Aufgaben erfüllen. Unsere EDV entspricht dem aktuellen Stand der Technik und so können wir sicherstellen, dass Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abgewickelt werden.

Unser Verhalten und unsere Programme stehen im Einklang mit den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie weiterer bereichsspezifischer Vorschriften des Datenschutzes im Internet. Unsere Datenschutzbeauftragte trägt dafür Sorge, dass unsere Datenschutz-Grundsätze und entsprechende Vorschriften eingehalten werden.

Weitere Informationen finden Sie unter www.dr-walter.com/datenschutz.

b) Informationen zur Verwendung Ihrer Daten bei DR-WALTER

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um Ihre Anträge und Verträge zu bearbeiten, zur Abwicklung von Schadensfällen sowie zur individuellen Beratung und Betreuung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten ist gesetzlich geregelt. Wir haben Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten aufgestellt, die sich an den Verhaltensregeln des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) orientieren. Datenschutzrechtliche Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes sowie weitere maßgebliche Gesetze fließen ebenso in unsere Verhaltensregeln ein wie weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes. Informieren Sie sich unter www.dr-walter.com/datenschutz/personenbezogene-daten über unsere Verhaltensregeln für den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten.

DR-WALTER arbeitet mit verschiedenen Dienstleistern unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten zusammen. Sie können sich unter www.dr-walter.com/datenschutz/dienstleisterliste einen Überblick verschaffen, mit welchen Dienstleistern wir zusammenarbeiten.

Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne einen Ausdruck der Dienstleister sowie der Verhaltensregeln zu. Bitte wenden Sie sich an:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
T +49 2247 9194 -0
F +49 2247 9194 -40

c) Verantwortliche Stelle

Die DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, erhebt Ihre personenbezogenen Daten (verantwortliche Stelle).

d) Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre durch uns gespeicherten Daten. Ferner haben Sie das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und auf Löschung bzw. Sperrung unzulässiger und nicht mehr erforderlicher bzw. Berichtigung unrichtiger Daten.

Diese Rechte können Sie unter o. g. Anschrift direkt gegenüber DR-WALTER geltend machen. Falls Sie weitere Fragen zum Datenschutz haben, können Sie sich direkt an die Datenschutzbeauftragte bei DR-WALTER, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, T +49 2247 9194 -0 wenden.

Dienstleisterliste

gemäß „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz)

Zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und Ihrer Privatsphäre hat die deutsche Versicherungswirtschaft Verhaltensregeln aufgestellt. Wir folgen den Verhaltensregeln / dem Code of Conduct und möchten Ihnen einen Überblick geben, mit welchen beteiligten Stellen (Unternehmen und Personen) wir im Rahmen der Auftragsverarbeitung und der Funktionsübertragung zusammenarbeiten. Die Liste umfasst auch Dienstleister, mit denen wir unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten zusammenarbeiten. Zudem arbeiten wir auch mit Dienstleistern zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen.

Versicherungsgesellschaften und Rückversicherer

<p>Übertragene Aufgaben: Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, Prüfung einer Leistungspflicht)</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen: jeweils die in der Versicherungsbestätigung genannten Versicherer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generali Deutschland Krankenversicherung AG, • Dialog Versicherung AG, • Würzburger Versicherungs-AG, • HanseMerkur Reiseversicherung AG, • ERGO Reiseversicherung AG, • ERGO Versicherung AG, • Allianz Partners – AWP Health & Life SA, • Inter Krankenversicherung AG, • Hiscox SA, • Barmenia Krankenversicherung AG, • Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, • Techniker Krankenkasse, • BDAE Holding GmbH, • Foyer Santé S.A., • Globality S.A., • BD24 Berlin Direkt Versicherung AG
Assistance-Gesellschaften	
<p>Übertragene Aufgaben: Assistance-Leistungen</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MD Medicus Assistance Service GmbH, • GMMI, Inc., • Europ Assistance SA, Niederlassung für Deutschland, • International SOS B.V., • International SOS GmbH, • Global Excel Management Inc.
Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Sachverständige, Gutachter, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser	
<p>Übertragene Aufgaben: Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen, Gutachten und Sachverständigengutachten zu medizinischen Fragen</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung</p>
Banken	
<p>Übertragene Aufgaben: Prämienzahlungen, Zahlungen bei Schaden- und Leistungsfällen</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postbank Köln – eine Niederlassung der DB Privat- und Firmenkundenbank AG, • Kreissparkasse Köln, Mündelsichere Anstalt des öffentlichen Rechts
Rechtsanwälte	
<p>Übertragene Aufgaben: Juristische Beratung, Inkassomanagement, Vertretung vor Gericht</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung</p>
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	
<p>Übertragene Aufgaben: Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TÜV NORD CERT GmbH, • Shopauskunft.de GmbH & Co. KG
Beratungsunternehmen	
<p>Übertragene Aufgaben: Unterstützung und Beratung u. a. in Leistungs- und Abrechnungsfragen (In- und Ausland), zur Betrugserkennung, zu Gesundheitsprogrammen; IT-Dienstleistungen</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung</p>
IT- und Telekommunikationsunternehmen	
<p>Übertragene Aufgaben: Dienstleister für IT-, Netzwerk- und Telefonieanwendungen</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AssFINET AG, • ikt Gromnitza GmbH & Co. KG, • Trevedi IT-Consulting GmbH, • IBExpert GmbH, • NETGO GmbH, • DATEV eG, • i42 Informationsmanagement GmbH
Online-Support	
<p>Übertragene Aufgaben: Dienstleister für Webhosting, Internet-Portale, Online-Abschlüsse, E-Mail-Marketing und Live-Chat</p>	<p>Beteiligte Stellen / Organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Host Europe GmbH, • 1&1 Internet AG, • JMC Technologieberatung GmbH, • united-domains AG, • STRATO AG, • ALL-INKL.COM, • COREER GmbH, • Einmahl WebSolution GmbH, • emarsys eMarketing Systems GmbH, • bplusd Agenturgruppe GmbH, • Adspert Bidmanagement GmbH, • Sistrix GmbH, • KCS Internetlösungen Kröger GmbH, • Userlike UG, • aveta David Cürten, • consentmanager GmbH, • SIX Payment Services (Europe) S.A., • OMQ GmbH, • Macaw Germany Cologne GmbH

Wirtschaftsauskunfteien, Adressermittler	
Übertragene Aufgaben: Einholung von Auskünften bei Antragstellung und Forderungsmanagement	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Entsorgungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Datenträger- und Aktenentsorger, Aktenvernichtung	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung

Bei Bedarf senden wir Ihnen gerne die Kontaktdaten der Dienstleister zu.

© DR-WALTER GmbH, Eisenerzstr. 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, T +49 2247 9194 -0, www.dr-walter.com, info@dr-walter.com