

Verbraucherinformationen Tarif R2

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Vertragspartner ist die

DEVK Krankenversicherungs-AG
Aufsichtsratsvorsitzender: Gottfried Rüßmann
Vorstand: Dirk Kopisch, Martin Wierer

Riehler Straße 190
50735 Köln

Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 24806
Ust-IdNr. DE 811 474 344

Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit der DEVK Krankenversicherungs-AG?

Die DEVK Krankenversicherungs-AG bietet Versicherungsschutz bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Wie sind Ihre Ansprüche aus dem Vertrag gesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die DEVK Krankenversicherungs-AG gehört dem Sicherungsfonds an.

Was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

Die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif R2 bietet Krankenversicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten. Welche Leistungen Ihre Versicherung umfasst, entnehmen Sie bitte den §§ 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Tarif R2 (AVB/R2H).

Wie hoch ist der Gesamtpreis der Versicherung?

Die Höhe des jährlichen Beitrages beträgt je versicherter Person 15,90 Euro bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, 31,80 Euro bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres und danach 47,70 Euro.

Wann und wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Die Beiträge sind jährlich zu zahlen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antrag und dem § 7 AVB/R2H.

Wie kommt der Vertrag zustande?

Wie der Vertrag zustande kommt und wann der Versicherungsschutz beginnt, entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 AVB/R2H.

Wie können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen und welche Folgen hat ein wirksamer Widerruf?

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DEVK Versicherungen, Riehler Straße 190, 50735 Köln oder per E-Mail an auslandsreise.kv@devk.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Beitrag in Höhe von 1/360 des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags, der sich aus dem Versicherungsschein ergibt. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzung (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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Wie lange läuft der Vertrag?

Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr fest geschlossen. Er verlängert sich bei Vorliegen eines Lastschriftmandats stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vor dem Ablauf in Textform gekündigt wird (vgl. § 3 AVB/R2H).

Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie?

Sie können den Versicherungsvertrag in Textform ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Weitere Gründe für eine vollständige oder teilweise Beendigung entnehmen Sie bitte dem § 3 Abs. 4 bis 6 AVB/R2H.

Welches Recht wird angewandt?

Für den Versicherungsvertrag und die vorvertraglichen Beziehungen gilt ausschließlich das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Dem Vertrag liegen insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und das Versicherungsvertragsgesetz zugrunde. Welches Gericht für Klagen gegen uns zuständig ist, können Sie dem § 14 AVB/R2H entnehmen.

In welcher Sprache erfolgt die Kommunikation?

Die Vorabinformationen, der Vertragsabschluss und die Kommunikation mit der DEVK Krankenversicherungs-AG während der Vertragslaufzeit erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Welche Möglichkeiten eines außergerichtlichen Beschwerdeverfahrens bestehen?

Bei Fragen und Kritik helfen wir Ihnen unter der Anschrift:

DEVK Krankenversicherungs-AG

Riehler Straße 190
50735 Köln

gerne weiter. Wenn Sie mit der Bearbeitung Ihres Anliegens nicht zufrieden sind und Anlass zur Beschwerde haben, können Sie sich auch unmittelbar an den Vorstand der DEVK Krankenversicherungs-AG unter oben genannter Adresse wenden. Wir antworten auf Ihre Beschwerde innerhalb von acht Tagen. Sollte sich die Bearbeitung verzögern, werden wir Sie über die Gründe informieren.

Die DEVK Krankenversicherungs-AG ist Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Dies setzt u. a. voraus, dass die gleiche Streitfrage nicht bereits von einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst (z. B. die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), behandelt wird oder wurde. Sie erreichen den Ombudsmann unter:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222
10052 Berlin
Telefon: 0800 2550444 (Anruf aus dem deutschen Telefonnetz kostenfrei)
Telefax: 030 20458931
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Sie haben auch die Möglichkeit, eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), einzulegen. Sie erreichen die BaFin unter:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Postfach 1253
53002 Bonn
Telefon: 0228 41080
Telefax: 0228 41081550
Internet: www.bafin.de

EU-Plattform zur Online Streitbeilegung

Die Europäische Kommission stellt seit Februar 2016 eine Internetplattform zur Online-Beilegung von Streitigkeiten bereit. Die sogenannte OS-Plattform fungiert als zentrale Anlaufstelle für Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Unternehmen. Sie regelt Streitigkeiten, die aus online geschlossenen Kauf- oder Dienstleistungsverträgen (z. B. über eine Internetseite, eine mobile Anwendung oder per E-Mail) entstehen. Neben allgemeinen Informationen zur außergerichtlichen Streitschlichtung bietet sie die Möglichkeit, Streitfälle zur Schlichtung einzureichen.

Internet: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen. Ist der Versicherungsfall bereits vor Antritt der Reise eingetreten, gilt: Wir erstatten Mehraufwendungen für Heilbehandlungen, die aufgrund einer während der Auslandsreise eingetretenen Verschlechterung der Erkrankung/Unfallfolgen erforderlich werden.
- (2) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen bis zu 2 Monaten (z. B. 01.04. bis zum 31.05. oder 15.07. bis zum 14.09.), die von der versicherten Person innerhalb der Vertragsdauer angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von zwei Monaten hinaus besteht Leistungspflicht nur für die ersten zwei Monate des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während einer solchen Reise, gilt der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.
- (3) Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten.
- (4) 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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaft und Tod.
- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (6) Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des Beitrags. Der Versicherungsvertrag kommt dadurch zustande, dass dem Antragsteller der Versicherungsschein zugeht. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil nach Tarif R2 beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
- (3) Der Einschluss von weiteren Personen in den Versicherungsvertrag ist auf Antrag des Versicherungsnehmers möglich. § 3 Abs. 3 gilt entsprechend.
- (4) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes oder mit Ende des Versicherungsvertrages entsprechend § 3 Abs. 4 bis 6.
- (5) Ist die Rückreise aus dem Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 4 aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz, solange die versicherte Person nicht transportfähig ist.
- (6) Verzögert sich die Rückreise aus dem Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 4 aus Gründen, die der Versicherte nicht zu vertreten hat, z. B. Vulkanausbruch, Sperrung der Flughäfen, Hochwasser etc., verlängert sich der Versicherungsschutz bis zur Rückreise. Voraussetzung hierfür ist, dass die ursprünglich geplante Reisedauer zwei Monate nicht überschritten hätte. Die Rückreise ist dabei schnellstmöglich anzutreten – unabhängig davon, mit welchem Transportmittel die Hinreise erfolgte.

§ 3

Abschluss, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

- (1) Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres fest geschlossen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Tage des Versicherungsbeginns und endet mit dem gleichen Monat des Folgejahres.
- (2) Er verlängert sich bei Vorliegen eines Lastschriftmandats stillschweigend weiter von Jahr zu Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer ohne Einhaltung einer Frist oder den Versicherer mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Bei unterjährigem Einschluss einer versicherten Person nach § 2 Abs. 2, 3 kann dieser Vertragsteil erst zum Ablauf des folgenden Versicherungsjahres – bezogen auf den Hauptvertrag – durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden.
- (3) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Auslandsreise geschlossen werden.
- (4) Der Versicherungsvertrag endet mit der vereinbarten Versicherungsdauer.
- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.
- (6) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

- (1) Krankheitskosten
Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen bis zu 100 Prozent für
 1. ärztliche Behandlung;
 2. Arznei- und Verbandmittel, soweit sie von den in Abs. 7 genannten Behandelnden verordnet worden sind. Arzneimittel müssen aus einer im Aufenthaltsland zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: kosmetische Präparate sowie Nähr- und Stärkungspräparate;
 3. Heilmittel, soweit es sich um Anwendungen der physikalischen Medizin oder Inhalationen handelt und sie von den in Abs. 7 genannten Behandelnden verordnet wurden;
 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik;
 5. schmerzstillende Zahnbehandlungen, medizinisch notwendige Zahnfüllungen, vorläufigen Zahnersatz (Provisorien) in einfacher Ausfertigung und Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Inlays (Einlagefüllungen), Zahnersatz einschl. Kronen, Teilkronen, Implantaten und Kieferorthopädie. Die Kostenerstattung für provisorischen Zahnersatz ist auf 2.000 Euro pro Versicherungsfall begrenzt;
 6. stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
 7. akute ärztliche/psychologische/psychotherapeutische Behandlung nach im Ausland eingetretenen traumatischen Ereignissen;
 8. ärztliche Behandlung von nicht vorhersehbaren, akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz;
 9. ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten) in einfacher Ausführung, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erstmals erforderlich sind. Alternativ werden auch Leihgebühren erstattet;
 10. den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt bzw. das Wegged des nächsterreichbaren Notfallarztes. Versichert sind auch die Kosten für den medizinisch sinnvollen Transport von der Erstbehandlung zur Unterkunft. Erforderliche Krankenfahrten zu Kontroll-/Nachuntersuchungen werden insgesamt bis maximal 250 Euro erstattet und
 11. Rooming-In bei minderjährigen mitversicherten Kindern.
- (2) Rettungs-, Bergungs- und Suchkosten
Ersatz von Rettungs-, Bergungs- und Suchkosten bis zu 15.000 Euro, sofern diese aufgrund von Erkrankung, Unfall oder Tod des Versicherten im Ausland anfallen.
- (3) Rücktransport
Ersatz der Kosten eines Rücktransports des Versicherten aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz des Versicherten oder das nächstgelegene geeignete Krankenhaus, sofern dieser im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird. Der Rücktransport muss medizinisch sinnvoll und vertretbar sein.
Ferner werden die Kosten eines Rücktransports übernommen, wenn eine unter den Versicherungsschutz fallende stationäre Heilbehandlung im Aufenthaltsland nach ärztlichem Befund voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde oder wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.
Sofern die Kosten des Rücktransports versichert sind, organisieren wir als Versicherer diesen über unsere Kooperationspartner auch.
Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist.
- (4) Kinderbetreuung vor Ort bzw. Rückholung von Kindern
Können mitversicherte minderjährige Kinder auf einer Reise infolge eines Notfalls der Begleitperson(en) nicht betreut werden, übernimmt der Versicherer die Kosten für die Kinderbetreuung vor Ort und unterstützt bei deren Organisation. Ein Notfall liegt vor, wenn die Begleitperson(en) stationär behandelt und/oder zurücktransportiert werden müssen oder verstorben sind. Der Versicherer unterstützt über einen entsprechenden Kooperationspartner auch bei der Abholung und Rückreise der Kinder zu ihrem ständigen Wohnsitz mit einer berechtigten Begleitperson und trägt die hierdurch entstandenen Kosten. Die Kosten für die Kinderbetreuung werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes bzw. bis zur Durchführung des Rücktransports der Begleitperson(en) oder der Abholung/Rückreise der Kinder übernommen.

- (5) Überführung/Bestattung im Ausland
Im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes erstatten wir die Kosten der Überführung an den ständigen Wohnsitz des Versicherten.
Alternativ werden für die Bestattung der versicherten Person im Ausland bei Tod im europäischen Ausland maximal bis zu 10.000 Euro bzw. bei Tod im außereuropäischen Ausland maximal bis zu 15.000 Euro übernommen.
- (6) Telefonkosten
Bei einem eingetretenen Versicherungsfall werden die nachgewiesenen Verbindungskosten für Telefonate mit dem Versicherer und/oder mit dessen Kooperationspartnern insgesamt bis zu 100 Euro erstattet.
- (7) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Psychologen und Psychotherapeuten frei.
- (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.
- (9) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die nach der Schulmedizin in dem jeweiligen Reiseland üblich sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistung auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vor-handener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (10) Leistungspflicht besteht auch bei Versicherungsfällen, die durch Pandemie, Epidemie oder Kernenergie auftreten.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht für
1. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 2. Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 3. Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch – aufgrund von Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes der Bundesrepublik Deutschland – vorhersehbare Kriegseignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
 4. auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 5. Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie, außer den in § 4 Abs. 1 Punkt 7 genannten;
 6. Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. bei künstlicher Befruchtung oder Insemination);
 7. Behandlungen anlässlich einer vor Antritt der Reise bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch und Entbindung, außer den in § 4 Abs. 1 Punkt 8 genannten;
 8. Hilfsmittel, außer den in § 4 Abs. 1 Punkt 9 genannten;
 9. Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 10. Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet;
 11. eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) 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 Rechnungsbelege, die von ihm auf Wunsch im Original angefordert werden können, vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht werden. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so benötigen wir als Nachweise die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.
- (2) Alle Belege müssen den Vor- und Nachnamen 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 hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.
- (3) Der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist durch Vorlage medizinischer Unterlagen oder einer Stellungnahme des im Ausland behandelnden Arztes zu begründen.
- (4) Bei Geltendmachung von Überführungs- und Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (5) 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.
- (6) 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 gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7

Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr. Die Höhe des jährlichen Beitrages beträgt je versicherter Person 15,90 Euro bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, 31,80 Euro bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres und danach 47,70 Euro.
Auf die Erhebung des anteiligen Versicherungsbeitrags für das neugeborene bzw. adoptierte Kind nach § 2 Abs. 2 für den Zeitraum vom rückwirkenden Einschluss in den Versicherungsvertrag bis zum Ende des ersten Versicherungsjahres des Kindes wird verzichtet.
Bei unterjährigem Einschluss von versicherten Personen nach § 2 Abs. 3 wird der erste Beitrag anteilig ab dem jeweiligen Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres berechnet.
- (2) Der erste Beitrag ist zwei Wochen nach Abschluss des Versicherungsvertrages, spätestens jedoch zum Versicherungsbeginn zu entrichten. Folgebeiträge sind zu Beginn des jeweiligen weiteren Versicherungsjahres zu entrichten.
- (3) Der Beitrag gilt bereits mit dem Tag der Erteilung des Lastschriftmandats als gezahlt, sofern ein ordnungsgemäßer Beitragseinzug erfolgen kann.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

§ 8

Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles 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) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Dazu hat die versicherte Person insbesondere die Behandelnden von der Schweigepflicht zu entbinden.
- (4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 9

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10

Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung 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.

§ 11

Aufrechnung

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

§ 12

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 13

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages

- (1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrages können vom Versicherer zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Die Änderung muss dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des alten Versicherungsjahres mitgeteilt werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb zweier Monate nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 14

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. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.
- (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.

§ 15

Beschwerde

Welche Möglichkeiten eines außergerichtlichen Beschwerdeverfahrens bestehen?

Bei Fragen und Kritik helfen wir Ihnen unter der Anschrift:

DEVK Krankenversicherungs-AG

Riehler Straße 190

50735 Köln

gerne weiter.

Wenn Sie mit der Bearbeitung Ihres Anliegens nicht zufrieden sind und Anlass zur Beschwerde haben, können Sie sich auch unmittelbar an den Vorstand der DEVK Krankenversicherungs-AG unter oben genannter Adresse wenden. Wir antworten auf Ihre Beschwerde innerhalb von acht Tagen. Sollte sich die Bearbeitung verzögern, werden wir Sie über die Gründe informieren.

Die DEVK Krankenversicherungs-AG ist Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Dies setzt u. a. voraus, dass die gleiche Streitfrage nicht bereits von einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst (z. B. die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), behandelt wird oder wurde. Sie erreichen den Ombudsmann unter:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Telefon: 0800 2550444 (Anruf aus dem deutschen Telefonnetz kostenfrei)

Telefax: 030 20458931

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Sie haben auch die Möglichkeit, eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), einzulegen. Sie erreichen die BaFin unter:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Postfach 1253

53002 Bonn

Telefon: 0228 41080

Telefax: 0228 41081550

Internet: www.bafin.de

EU-Plattform zur Online Streitbeilegung

Die Europäische Kommission stellt seit Februar 2016 eine Internetplattform zur Online-Beilegung von Streitigkeiten bereit. Die sogenannte OS-Plattform fungiert als zentrale Anlaufstelle für Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Unternehmen. Sie regelt Streitigkeiten, die aus online geschlossenen Kauf- oder Dienstleistungsverträgen (z. B. über eine Internetseite, eine mobile Anwendung oder per E-Mail) entstehen. Neben allgemeinen Informationen zur außergerichtlichen Streitschlichtung bietet sie die Möglichkeit, Streitfälle zur Schlichtung einzureichen.

Internet: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften (§ 1 Abs. 5 AVB/R2H), insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt.

§ 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 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.

§ 39

Vorzeitige Vertragsbeendigung

- (1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 16, kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 86

Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.