

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Kronprinzenallee 12-18
42094 Wuppertal

Auszug aus den Versicherungsbedingungen für die obligatorische Auslandsreise-Krankenversicherung der Barmenia Krankenversicherung a. G.

Für Personen, die einer Betriebskrankenkasse angehören, die eine entsprechende Vereinbarung mit der Barmenia Krankenversicherung a. G. getroffen hat

DER PERSONENKREIS

§ 1 Versicherte Personen

Versichert sind alle Mitglieder des Versicherungsnehmers* sowie deren Familienangehörige, die nach § 10 SGB V einen Anspruch auf Familienversicherung haben.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 3 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Bei Urlaubs- und beruflich bedingten Reisen im Ausland bietet der Versicherer 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 (s. § 5). Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Einschränkungen der Leistungspflicht des Versicherers ergeben sich aus § 6.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten sechs Wochen je Urlaubsreise bzw. auf die ersten zwei Wochen je beruflich bedingter Reise innerhalb der Versicherungsdauer (s. § 8 Abs. 1).

(3) 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

* Versicherungsnehmer ist die Betriebskrankenkasse

- a) notwendige ärztliche Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt sowie ein unvorhersehbarer medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch und
 - b) Todesfälle (Überführung bzw. Bestattung am Sterbeort).
- (4) Die Anzahl der versicherten Reisen während der Versicherungsdauer ist nicht begrenzt.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Beginn der Vereinbarung und des ersten Versicherungsjahres. Für nach diesem Zeitpunkt beim Versicherungsnehmer eintretende Mitglieder bzw. deren Familienangehörige mit Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V beginnt der Versicherungsschutz mit dem Eintrittstag bzw. dem Entstehen des Anspruchs auf Familienversicherung. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.

Für Versicherungsfälle (s. § 3 Abs. 3), die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung, ärztlichen Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch während eines Auslandsaufenthaltes fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für

- a) ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- b) ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel) und Verbandmittel;
- c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, und zwar Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen sowie für die Leihgebühr für Hilfsmittel, die darüber hinaus ärztlich verordnet wurden;
- e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- f) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- g) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 7 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- h) notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall;
- i) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen (nicht jedoch Inlays und ähnlich hochwertige Zahnfüllungen) und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz.

Diese Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.

Aufwendungen für ein im Ausland neugeborenes Kind einer Versicherten sind bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind im Rahmen der Leistungspflicht nach diesem Absatz (1) mitversichert.

(2) Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolgen aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus werden für einen

- a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) die um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen in voller Höhe ersetzt. Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten, und er von einem nach der Richtlinie des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;
- b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person die notwendigen Aufwendungen des Krankentransports, soweit sie die üblichen Fahrkosten übersteigen, bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.

Die Aufwendungen nach § 5 Abs. 2 b) werden unabhängig von einer medizinischen Notwendigkeit auch dann ersetzt,

- wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
- wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage übersteigt.

(3) Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder es werden bis zur entsprechenden Höhe Bestattungskosten am Sterbeort übernommen.

(4) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen sollte spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung oder Bestattung geltend gemacht werden.

(5) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(6) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 5 genannten Behandlern verordnet werden.

(7) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im jeweiligen Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nicht gewählt werden können Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, ausgenommen

- bei Notfallbehandlung;
- bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer derartigen Krankenanstalt akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung;
- wenn die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für die in den letzten drei Monaten vor Antritt der jeweiligen Reise behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und für Unfallfolgen, soweit

- a) Behandlungen im Ausland der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder
- b) bei Reisebeginn feststand, dass Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten (es sei denn, die Reise musste wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen werden).

(2) Keine Leistungspflicht besteht außerdem

- a) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- c) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- d) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie sowie damit im Zusammenhang stehende Behandlungen;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(3) 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.

(4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Rechnungszweitschriften (Duplikate) werden anerkannt, wenn andere Versicherer oder Kostenträger in Anspruch genommen werden und deren Leistungen darauf bestätigt sind.

Dem Versicherer werden die Rechnungen mit einem ihm vom Versicherungsnehmer übermittelten Leistungsauftrag übersandt. Dieser hat folgende Angaben zu enthalten:

- Name, Vorname, Anschrift und Telefon-Nummer der behandelten Person;
- Bestätigung des Bestehens der Versicherung beim Versicherungsnehmer mit Angabe der Mitgliedschafts-Nr.;
- Beginn und Ende der Urlaubs- bzw. beruflich bedingten Reise;
- Kontoverbindung;
- Datenschutz- und Schweigepflichtentbindungserklärung (s. § 10 Abs. 3);
- Auflistung der einzelnen Rechnungen;
- Hinweis auf weitere Auslandsreise-Krankenversicherungen (s. § 11 Abs. 2);
- Information über Obliegenheiten (s. § 10), Ansprüche gegen Dritte (s. § 11 Abs. 1), Klagefrist und Gerichtsstand (s. § 16).

Alle Rechnungen müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person und die Krankheitsbezeichnung enthalten, Arztrechnungen zusätzlich die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Rechnungen die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Für die Erstattung von Rückführungskosten ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransports und für die Erstattung von Überführungskosten bzw. Bestattungskosten eine amtliche Sterbeurkunde mit vorzulegen.

Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 6 Abs. 4 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(2) Einen Anspruch auf die Versicherungsleistungen hat nur die versicherte Person. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten. Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an das Mitglied des Versicherungsnehmers auszahlen.

(3) 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 Bankbelege nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, jedoch bei Urlaubsreisen spätestens sechs Wochen bzw. bei beruflich bedingten Reisen spätestens zwei Wochen nach Reisebeginn. Der Versicherungsschutz endet auch mit Beendigung der Versicherung (s. § 14).

(2) Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitpunkt hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

§ 10 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer - soweit rechtlich zulässig - oder die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung 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) Auf Verlangen ist dem Versicherer die Befugnis zu erteilen, Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende der Versicherung eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen der versicherten Personen(en) einzuholen. Dazu darf er Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese sind von ihrer Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Der Versicherungsnehmer wird alles ihm Zumutbare und Mögliche tun, um auf die versicherte Person einzuwirken, dass diese die ihr gemäß Absätze 1 bis 4 obliegenden Pflichten erfüllt.

(6) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in den Absätzen 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht-versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Der Versicherungsnehmer wird alles ihm Zumutbare und Mögliche tun, um auf die versicherte Person einzuwirken, dass diese die ihr insoweit obliegenden Pflichten erfüllt.

(2) Soweit bei einem Versicherungsfall Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus, d. h., die versicherte Person muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

(3) Die versicherte Person kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

ENDE DER VERSICHERUNG

§ 14 Beendigungsgründe

Die Versicherung der einzelnen versicherten Person endet

- a) mit der Beendigung der Mitgliedschaft oder mit Beendigung des Anspruchs auf Familienversicherung beim Versicherungsnehmer;
- b) mit dem Tod;
- c) mit der Beendigung dieser Vereinbarung.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 16 Klagefrist / Gerichtsstand/geltendes Recht

(1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch von dem Versicherungsnehmer /der versicherten Person nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Für Klagen aus der Vereinbarung gegen die versicherte Person ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig, wenn die versicherte Person keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland hat, wenn sie nach Vertragsschluss den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

(4) Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

§ 17 Art der Vereinbarung

Dieser Vertrag ist eine Krankenversicherung gegen feste Entgelte im Sinne des § 2 (2) a) der Satzung des Versicherers. Weder der Versicherungsnehmer noch die versicherten Personen werden Mitglieder des Versicherers.