

Europa Krankenversicherung AG
 Abteilung Sonderverträge
 Piusstr. 137, 50595 Köln
 Telefon: (02 21) 57 37 – 3 96
 Telefax: (02 21) 57 37 – 3 82

**ARAG Allgemeine
 Versicherungs-AG**
 Abteilung Sport
 ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
 Telefax: (0211) 9 63 – 36 26

Anmeldung Krankenversicherungsschutz für Ausländische Gäste (Tarif GK2)

Vereinsname: _____

Mitgliedsnummer: _____

Der Versicherungsschutz kann maximal für 4 Wochen (28 Tage) beantragt werden.

Tagesbeitrag lt. Vertrag:
0,84 € pro Person / Tag

lfd. Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Aufenthaltsdauer		Anzahl der Tage	Beitrag pro Person	
				von	bis			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
Die Beitragsrechnung wird anhand dieser Liste erstellt						Gesamtbeitrag	EUR	

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmelde-liste zurück an:

ARAG Sportversicherung, Versicherungsbüro beim WLSB,
 SpOrt Stuttgart, Fritz-Walter-Weg 19, 70372 Stuttgart

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Auslandstarifs GK 2 für die Gruppenkrankenversicherung (AVB/GK 2) - gültig ab 01.04.2001

§ 1 - Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Geltungsbereich unvorhergesehenen eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) 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. Als Versicherungsfall gilt auch Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Geltungsbereich ist das Ausland, soweit nichts anderes vereinbart ist. Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme des Landes, aus dem die versicherte Person im Auftrag des Versicherungsnehmers ausreist.

§ 2 - Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag genannten ersten Reisetag (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages.

§ 3 - Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag

Die Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag erfolgt durch den Versicherungsnehmer.

§ 4 - Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (5) Leistungen werden für folgende Kosten erbracht:

1. Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten, und zwar für:

- a) ambulante ärztliche Heilbehandlung einschl. Röntgendiagnostik sowie Wegegebühren des nächst erreichbaren Arztes im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte;
- b) notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus;
- c) Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, und kosmetische Präparate;
- d) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls ärztlich verordnet werden. Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung;
- e) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz mit 100% des Rechnungsbetrages. Mit 50% des Rechnungsbetrages werden die Kosten für Neuanfertigung von Zahnersatz, Zahnkronen, Zahnbrücken und Stützähnen erstattet, wenn die Behandlung aufgrund eines Unfalles notwendig wurde. Erstattet werden die Kosten im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Zahnärzte;
- f) stationäre Heilbehandlung (Unterkunft, Verpflegung, Arzt- und Operationskosten); bei stationärer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland in Höhe der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen (ohne privatärztliche Behandlung).

2. Rückführungskosten

Erstattet werden die Kosten, die durch medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes eine Heilbehandlung im Aufenthaltsland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

3. Überführungskosten

Erstattet werden die Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Heimat oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.225,84 EUR (20.000,- DM); dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

§ 5 - Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) und deren Folgen sowie für die in den letzten 3 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen. Dieselbe Leistungseinschränkung gilt für Unfallfolgen. Kostenersatz im Sinne von § 4 Abs. Nr. 1 wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist;
 - b) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
 - c) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
 - f) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
 - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - h) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht 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.

§ 6 - Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Die Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Der Versicherer zahlt gegen Vorlage der Kostenbelege direkt an den einzelnen Versicherten, der - auch für die mitversicherten Familienangehörigen - gegen den Versicherer einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf die Versicherungsleistungen hat. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.
- (4) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).

- (5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro (bis zum 31.12.2001 in Deutsche Mark) 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 neuesten 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.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein inländisches Konto - und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 - Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -

- a) mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens bei Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
- b) mit dem Tag des Ausscheidens der versicherten Person aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis;
- c) mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, längstens um 28 Tage.

§ 8 - Beitragszahlung

- 1) Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und beträgt je versicherte Person und Tag der Versicherungsdauer 0,51 EUR (1,00 DM). Wird Versicherungsschutz für mehr als 4 Monate beantragt, so beträgt der Beitrag ab Versicherungsbeginn je versicherte Person und Tag der Versicherungsdauer 0,84 EUR (1,65 DM). Stellt sich im Laufe eines als kurzfristig vorgesehenen Aufenthaltes heraus, daß dieser länger als 4 Monate dauert, so ist der Aufenthalt als langfristig nachzureden. Bereits gezahlte Beiträge werden entsprechend angerechnet. Der Beitrag ist entsprechend den Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages für den vereinbarten Versicherungszeitraum zu zahlen.
- 2) Nicht rechtzeitige Zahlung des Beitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 9 - Obliegenheiten

- (1) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen muß innerhalb von 90 Tagen nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Dazu hat die versicherte Person insbesondere die Behandler von der Schweigepflicht wie folgt zu entbinden: "Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.
Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können."

§ 10 - Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 - Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang), 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.

§ 12 - Aufrechnung

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

§ 13 - Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 14 - Klagefrist/Gerichtsstand

- (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 vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 6 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) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebs hat.

Anhang - Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 6

- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 11

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
- (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- (3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

§ 38

- (1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschrift erfolgt, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 67

- (1) (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schaden gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- (2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.