

Produkt- und Kundeninformationen Tarif (B)RS

Barmenia
Krankenversicherung AG



Mit diesem Informationsblatt erhalten Sie einen Überblick über die angebotene Reise-Krankenversicherung. Diese Informationen sind allerdings nicht abschließend. **Die vollständigen Informationen und den konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den folgenden Vertragsunterlagen:**

- **Versicherungsantrag,**
- **Versicherungsschein,**
- **Allgemeine Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls weitere Besondere Bedingungen und Vereinbarungen für den von Ihnen gewählten Tarif, die wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung zur Verfügung stellen.**

Bitte lesen Sie alle Unterlagen durch, damit Sie umfassend informiert sind.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Reise-Krankenversicherung an, die Leistungen bei Urlaubsreisen ins Ausland vorsieht. Je nach gewähltem Tarif kann auch Versicherungsschutz für dienstliche Reisen ins Ausland und für Inlandsreisen enthalten sein.



Was ist versichert?

Versichert sind bei Auslandsreisen zum Beispiel:

- ✓ ambulante und stationäre Heilbehandlung
- ✓ Arznei- und Verbandmittel
- ✓ Heilmittel (z. B. Krankengymnastik nach einem Unfall)
- ✓ Hilfsmittel
- ✓ Zahnbehandlung
- ✓ Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz
- ✓ Rücktransport
- ✓ Kosten für Überführung aus dem Ausland

Versichert sind bei Inlandsreisen unter bestimmten Voraussetzungen zum Beispiel:

- ✓ Kosten für Überführung bis zu 600 EUR
- Den vereinbarten Leistungsumfang entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Die Reise-Krankenversicherung bietet Ihnen bei Urlaubsreisen weltweit Versicherungsschutz. Je nach gewähltem Tarif kann zudem auch Versicherungsschutz für dienstliche Reisen ins Ausland (weltweit) und für Inlandsreisen enthalten sein.



Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✗ Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt.
- In den letzten drei Monaten vor Antritt der Reise behandelte Krankheiten in folgenden Fällen:
- ✗ Reisen, die die versicherte Person vornimmt, um sich im Ausland behandeln zu lassen.
 - ✗ Behandlungen, bei denen bei Reisebeginn feststand, dass sie während der Reise stattfinden mussten.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Deckung ist zum Beispiel in den folgenden Fällen eingeschränkt:

- ! Es sind nicht alle Hilfsmittel versichert. Sehhilfen und Hörgeräte sind nicht versichert.
- ! Neuer Zahnersatz ist nicht versichert. Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sind hingegen versichert.
- ! Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht versichert.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Machen Sie im Versicherungsantrag wahrheitsgemäße und vollständige Angaben.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was der Genesung hinderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Reise-Krankenversicherung (Jahresvertrag):
Der Versicherungsbeitrag ist jährlich zu zahlen. Der erste Beitrag ist mit dem im Online-Antrag angegebenen Versicherungsbeginn fällig. Den Beitrag buchen wir jeweils zum Fälligkeitstermin von dem im Online-Antrag angegebenen Konto ab.
- Reise-Krankenversicherung (Vertrag für die einzelne Reise):
Der Versicherungsbeitrag wird als Einmalbeitrag für die gesamte Versicherungsdauer fällig. Er ist bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Als Zahlungsart ist nur der Beitragsabruf möglich.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz für eine Reise-Krankenversicherung beginnt mit dem im Online-Antrag vermerkten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Antritt der jeweiligen Reise.
- Er endet für eine Reise-Krankenversicherung (Jahresvertrag) mit dem Ende der Reise, spätestens jedoch acht Wochen nach Reisebeginn.
- Er endet für eine Reise-Krankenversicherung für die einzelne Reise mit dem Ende der Reise, spätestens jedoch mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Reise-Krankenversicherungsvertrag (Jahresvertrag) zum Ablauf eines Versicherungsjahres ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- Wir vereinbaren eine Reise-Krankenversicherung für die einzelne Reise für die im Online-Antrag bzw. im Versicherungsschein vermerkte Dauer.
- In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie weitere Einzelheiten zum Thema Kündigung oder Ende des Vertrages, zum Beispiel
 - weil wir die Beiträge erhöhen oder
 - weil Sie den Beitrag nicht zahlen.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

1. Identität des Versicherers

Versicherer ist die Barmenia Krankenversicherung AG in der Rechtsform der Aktiengesellschaft mit Sitz in Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 28475. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal.

2. Ladungsfähige Anschrift

Die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer maßgebliche Anschrift lautet:

Barmenia Krankenversicherung AG,
Barmenia-Allee 1,
42119 Wuppertal.

Die Barmenia Krankenversicherung AG wird vertreten durch den Vorstand. Vorstandsvorsitzender ist Herr Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Eurich.

3. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Barmenia Krankenversicherung AG ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Kranken- und Pflegeversicherungen in allen ihren Arten zugelassen.

4. Garantie-/Sicherungsfonds

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für die Versicherungen gelten die für die jeweiligen Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

b) Art und Umfang der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Versicherungsleistung wird fällig, sobald der Versicherer die Anspruchsberechtigung festgestellt hat.

6. Gesamtpreis der Versicherung

Den Gesamtpreis für die Versicherung(en) können Sie dem Onlineantrag entnehmen.

7. Steuern, Gebühren oder Kosten

Mit Ausnahme einer bei nicht vereinbarungsgemäßer Beitragszahlung möglichen Mahnkostenpauschale fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder sonstige Gebühren an.

8. Einzelheiten zur Beitragszahlung

Einzelheiten zur Beitragszahlung sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

10. Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

11. Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf den **Folgeseiten**.

12. Laufzeit

Einzelheiten zur Laufzeit sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

13. Angaben zur Vertragsbeendigung

Einzelheiten zur Vertragsbeendigung sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

14. Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

15. Sprache

Die Vertragsbedingungen und die hier unter den Nummern 1 bis 17 gegebenen Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit dieser Versicherung erfolgt in Deutsch.

16. Versicherungsombudsmann

Außergerichtlich kann eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, eingelegt werden.

Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten.

17. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wichtige Information zum Schutz Ihrer Daten durch die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft"

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. hat gemeinsam mit seinen Mitgliedsunternehmen "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten der Versicherten durch die Versicherungsunternehmen" - einen so genannten Code of Conduct - aufgestellt und mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt. Die Barmenia-Unternehmen sind diesem Code of Conduct zum 01.04.2013 beigetreten und haben sich damit zu seiner Einhaltung verpflichtet.

Den vollständigen Wortlaut der Verhaltensregeln können Sie unter www.datenschutz.barmenia.de nachlesen.

Sie möchten die Verhaltensregeln gerne in Papierform erhalten oder haben Fragen dazu? Dann rufen Sie einfach an: Sie erreichen die Barmenia-Kundenbetreuung montags bis freitags von 08:00 - 20:00 Uhr und samstags von 09:00 - 15:00 Uhr unter 0202 438-3303.

Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

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:

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal,
Fax 0202 438 3828, E-Mail info@barmenia.de

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:

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.

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG

Die Barmenia Krankenversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Barmenia Krankenversicherung AG führt im Einzelfall bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogenen Daten für die Barmenia Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung AG, Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/ 438-2250, E-Mail: info@barmenia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der Barmenia-Unternehmensgruppe insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Anlage: Liste zu 1.

Barmenia-Unternehmen, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren für Kundenstammdaten nutzen	
<ul style="list-style-type: none"> - Barmenia Versicherungen a. G. - Barmenia Krankenversicherung AG - Barmenia Lebensversicherung a. G. - Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG 	
Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck
almeda GmbH	Medizinisches Telefon
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
Internat. SOS Emergency Services GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
Johanniter Unfall-Hilfe e. V.	Hilfe- u. Beratungsleistungen zum Pflegefall
Kneier Consult GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
Lupenwert GmbH	Gebührenrechtsmanagement
Medgate Deutschland AG	Telemedizinische Beratung
MedicalContact AG	Disease-Management-Programme
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
PAV CARD GmbH	Erstellung von Versicherungskarten ("Karte für Privatversicherte")
Savitar Group Ltd.	Medizinische Assistance im Ausland
Thieme TeleCare GmbH	Disease-Management-Programme
ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
Vivy GmbH	Elektronische Gesundheitsakte
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachterprüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)

Jahres- Reiseschutzbrief

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif RS	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/RS)</i>	Der Versicherungsschutz	
<i>Stand 01.10.2021</i>	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
	§ 2 Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages	2
	§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	2
	§ 4 Umfang der Leistungspflicht im Ausland	2
	§ 4a Umfang der Leistungspflicht in der Bundesrepublik Deutschland	3
	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	3
	§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	3
	§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	4
	Pflichten des Versicherungsnehmers	
	§ 8 Beitragszahlung	4
	§ 8a Beitragsanpassung	4
	§ 9 Obliegenheiten	4
	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	4
	§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	4
	§ 12 Aufrechnung	4
	Ende der Versicherung	
	§ 13 Kündigung des Versicherungsvertrages	4
	§ 14 Sonstige Beendigungsgründe	4
	Sonstige Bestimmungen	
	§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen	5
	§ 16 Gerichtsstand	5
	§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	5
	§ 18 Schlussbestimmung	5
	Hinweise auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg	5
	Anhang	
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	5

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbe- reich des Versicherungsschutzes

(1) Bei Urlaubsreisen bietet der Versicherer Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem eintretenden Versicherungsfall

- a) im Ausland ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung, zahlt bei dortiger stationärer Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4). Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland;
- b) in der Bundesrepublik Deutschland zahlt er bei dort notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4a).

Einschränkungen der Leistungspflicht des Versicherers ergeben sich aus § 5.

(2) Ist auch Versicherungsschutz für beruflich bedingte Reisen vereinbart worden, so ersetzt der Versicherer bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung, zahlt bei dortiger stationärer Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (siehe § 4).

Kein Versicherungsschutz besteht für beruflich bedingte Reisen in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus gelten die Einschränkungen der Leistungspflicht des Versicherers nach § 5.

(3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten acht Wochen je Reise innerhalb der Versicherungsdauer (siehe § 7 Abs. 1).

Bei Reisen, die ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland unternommen werden, besteht Versicherungsschutz nur für Urlaubsreisen mit mehr als einer Übernachtung.

(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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- 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).

(5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungs-

bedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages

(1) Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, d. h., Personen, die sich überwiegend in Deutschland aufhalten.

(2) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise in Deutschland abgeschlossen werden. Er kommt mit Zugang des ordnungsgemäß ausgefüllten Versicherungsantrages (auch online) beim Versicherer zu Stande (siehe § 3).

(3) Der Versicherungsvertrag gilt für die Dauer eines Versicherungsjahres. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht rechtzeitig vor dem jeweiligen Ablauftermin vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherer gekündigt wird (siehe § 13 Abs. 1).

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsantrag vermerkten Beginn (Versicherungsbeginn).

Die Anzahl der versicherten Reisen während der Versicherungsdauer ist nicht begrenzt.

(4) Die Versicherung ist eine Krankenversicherung gegen feste Entgelte gemäß § 2 Abs. 2 a) der Satzung des Versicherers.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsantrag bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 2 Abs. 2), nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Antritt der jeweiligen Reise.

Als Zahlung des Beitrages gilt der Eingang des Versicherungsantrages beim Versicherer (auch online), sofern die Lastschrift aus dem Auftrag zum Beitrags-einzug eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

Für Versicherungsfälle (siehe § 1 Abs. 4), die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Besteht für ein Neugeborenes oder für ein minderjähriges Adoptivkind eines seit mindestens drei Monaten nach dem Tarif RS versicherten Elternteils kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines minderjährigen Kindes gleich.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Im Ausland

(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 Aus-

landsaufenthalts 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) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- e) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
- f) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 8 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- g) notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall;
- h) Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz.

Diese Aufwendungen werden voll ersetzt.

Bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfen) fällt unter den Versicherungsschutz die entsprechende Leihgebühr. Die Kosten für Hilfsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz (siehe § 5 Absatz 2 d).

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.

Bei einer stationären Heilbehandlung kann an Stelle des Kostenersatzes ein Krankenhaustagegeld gewählt werden, das 30,00 EUR für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts beträgt. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, besteht im entschädigungspflichtigen Versicherungsfall Anspruch auf Kostenersatz.

(2) Der Versicherer zahlt für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 15,00 EUR ohne Kostennachweis.

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

(3) Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge 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 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 § 4 Abs. 3 b) werden auch 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 14 Tage übersteigt.

(4) 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.

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

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

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

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den in der Bundesrepublik Deutschland oder 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.

§ 4a Umfang der Leistungspflicht

In der Bundesrepublik Deutschland

(1) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem mindestens 50 km vom ständigen Wohnsitz entfernt liegenden Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 8 erfüllt,

- a) zahlt der Versicherer für jeden Tag der stationären Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld von 30,00 EUR ohne Kostennachweis;
- b) übernimmt der Versicherer die Transportkosten für die Verlegung aus diesem Krankenhaus in ein Krankenhaus am ständigen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR.

(2) Stirbt die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu 600,00 EUR übernommen.

(3) Wird Anspruch auf die Versicherungsleistungen geltend gemacht, gilt § 4 Abs. 5 entsprechend.

§ 5 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, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz 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 Hilfsmittel (siehe aber § 4 Abs. 1);

e) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie sowie damit im Zusammenhang stehende Behandlungen;

f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet;

h) 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. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2 und § 4a Abs. 1 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 Rechnungsurschriften vorgelegt und die geforderten erforderlichen Nachweise erbracht sind; die Unterlagen werden Eigentum des Versicherers.

(2) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und Arztrechnungen zusätzlich die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege 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 und Bestattungskosten eine amtliche Sterbeurkunde mit vorzulegen.

Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Abs. 4 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

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

(4) 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.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, 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 Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(6) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung der Reise, spätestens jedoch acht Wochen nach Reisebeginn. Der Versicherungsschutz endet auch mit dem Ablauf der Versicherungsdauer. Als Beendigung der Reise gilt die Rückkehr in die eigene Wohnung.

(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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er beträgt je Person für ein Versicherungsjahr:

Altersgruppe (Jahre)	Urlaubsreisen	Urlaubsreisen und beruflich bedingte Reisen
- 17*	6,60 EUR	9,96 EUR
18 - 59*	9,84 EUR	14,76 EUR
60 - 69	34,08 EUR	51,12 EUR
70 -	51,12 EUR	51,12 EUR

* Der Beitrag gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 18. bzw. 60. Lebensjahr vollendet wird; danach ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Wird die Versicherung abgeschlossen, wenn das 70. Lebensjahr bereits vollendet wurde, beträgt der Jahresbeitrag 51,12 EUR für Urlaubs- und beruflich bedingte Reisen.

(2) Bei nachträglicher Mitversicherung von Personen während des Versicherungsjahres ist der anteilige Jahresbeitrag zu zahlen. Entsprechendes

gilt bei dem nachträglichen Einschluss von beruflich bedingten Reisen.

§ 8a Beitragsanpassung

Der Versicherer vergleicht jährlich die kalkulierten mit den tatsächlich erbrachten Versicherungsleistungen und passt, soweit erforderlich, die Beiträge an. Die Beitragsanpassung wird wirksam zum Beginn des folgenden Versicherungsjahres (siehe § 2 Abs. 3), sofern die Mitteilung über die Beitragsanpassung an den Versicherungsnehmer mindestens einen Monat vorher erfolgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 6 Abs. 4) 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 (insbesondere Entbindung von der Schweigepflicht).

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), 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 infolge dessen 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.

(5) Soweit bei einem Versicherungsfall Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld gemäß § 4 Abs. 2 und § 4a Abs. 1; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus, d. h., der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zu erst in Anspruch nehmen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Bei der Beitragseinstufung in die nächsthöhere Altersgruppe zum Beginn des Versicherungsjahres (siehe § 2 Abs. 3), das auf die Vollendung des 18. bzw. 60. Lebensjahres folgt (siehe § 8 Abs. 1), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (siehe § 8a) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 17 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet beim Tod des Versicherungsnehmers zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis zum Ende des Versicherungsjahres.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Bei Wegzug einer versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 16 Gerichtsstand

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres (siehe § 2 Abs. 3) wirksam, sofern die Mitteilung über die Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer mindestens einen Monat vorher erfolgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 18 Schlussbestimmung

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ist dem Bedingungstext beige-fügt.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

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 Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls 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.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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 Versicherungsfalls 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 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.

Jahres- Reiseschutzbrief

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Besondere Bedingungen

für Mitglieder des Deutschen Jugendherbergwerks (DJH) und für Personen, die beim Deutschen Jugendherbergwerk (DJH) eine Urlaubsreise buchen

Tarif RS

Stand 01.07.2013

1. Versicherungsfähigkeit

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif RS (AVB/RS) sind versicherungsfähig

- Mitglieder des DJH mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland (d. h. Personen, die sich überwiegend in Deutschland aufhalten). Deren Ehe- bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und die im Haushalt lebenden Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind ebenfalls versicherungsfähig;
- Personen, die beim DJH eine Urlaubsreise buchen und ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben (d. h. sich überwiegend in Deutschland aufhalten). Deren Ehe- bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und die im Haushalt lebenden Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind ebenfalls versicherungsfähig.

2. Der Versicherungsschutz

Abweichend von § 1 (2) und § 8 (1) AVB/RS kann für beruflich bedingte Reisen kein Versicherungsschutz vereinbart werden.

Abweichend von § 2 (3) AVB/RS endet der Versicherungsvertrag nach Ablauf eines Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

3. Beitrag

Abweichend von § 8 (1) AVB/RS beträgt der Beitrag je Person für alle Altersgruppen einheitlich für ein Versicherungsjahr 9,00 EUR.

Hinweise zum Datenschutz für Interessenten und Kunden

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das für die Datenerhebung verantwortliche Barmenia-Unternehmen und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Je nachdem, ob der von Ihnen angestrebte oder unterhaltene Versicherungsschutz und/oder Kredit von der Barmenia Versicherungen a. G., der Barmenia Krankenversicherung AG, der Barmenia Lebensversicherung a. G. oder der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG zur Verfügung gestellt wird, ist das jeweilige, den konkreten Versicherungsschutz bietende Versicherungsunternehmen die für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle. Die Namen und Kontaktdaten der Barmenia-Unternehmen lauten wie folgt:

Barmenia Versicherungen a. G.
Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 438-00
E-Mail: info@barmenia.de

Den gemeinsamen **Datenschutzbeauftragten** der vorgenannten Unternehmen erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutz@barmenia.de

Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" ("Code of Conduct") verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter datenschutz.barmenia.de abrufen.

Stellen Sie persönlich oder über einen von Ihnen beauftragten Versicherungsmakler oder über einen unserer selbstständigen Versicherungsvertreter einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder holen Sie ggf. über einen der vorgenannten Vermittler ein Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bei uns ein, so benötigen wir Ihre im Antragsformular oder in der Angebotsmaske abgefragten personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten bei manchen Produkten) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos und ggf. für die Begründung des Versicherungsvertrages.

Im Falle der Antragsaufnahme/Angebotseinholung durch einen Versicherungsvertreter erhebt dieser

die vorgenannten Daten zunächst zur Ausübung seiner Vermittlungstätigkeit. Mit der offiziellen Weiterleitung Ihres Antrages an unser Haus oder mit der Eingabe Ihrer Daten in die elektronische Angebotsmaske unseres Unternehmens im Falle der elektronischen Angebotseinholung übermittelt der Vertreter besagte Daten an uns. Nehmen wir Ihren Antrag oder nehmen Sie unser Angebot an, so kommt der gewünschte Versicherungsvertrag zu Stande und wir verarbeiten diese und die von uns im Laufe der Vertragsdauer erhobenen personenbezogenen Daten zugleich zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung oder Vertragsänderung. Im Leistungsfall benötigen wir von Ihnen weitere Angaben etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einem Unternehmen der Barmenia bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche Zwecke und zur Erfüllung des mit Ihnen zu schließenden bzw. geschlossenen Vertrages ist Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Soweit zum Vertragsabschluss und dessen Durchführung besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) erforderlich sind, benötigen wir Ihre Einwilligung. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs sowie Durchführung von IT-Tests
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Barmenia-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Prüfung Ihrer Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft
- zur Verhinderung, Aufklärung und Erfassung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflich-

ten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir ggf. bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellen wir Ihnen unter datenschutz.barmenia.de zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vertreiber/Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vertreiber/Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vertreiber/Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten, sofern sie ihm unmittelbar von Ihnen oder einem Dritten mitgeteilt worden sind, an den Sie betreuenden Vertreiber/Vermittler, soweit dieser die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Die Versicherungsunternehmen der Barmenia Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. So können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Service, zu Abrechnungszwecken oder zur gemeinsamen Postbearbeitung in einem gemeinsamen Programm für alle Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur

vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Antrag/Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [datenschutz.barmenia.de](https://www.datenschutz.barmenia.de) entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Strafverfolgungsbehörden, Finanzbehörden oder Sozialversicherungsträger).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche von uns oder gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrecht

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunftfeiern Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Hierzu übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse, ggf. Geburtsdatum) an die Auskunftfeiern. Detaillierte Informationen zu Auskunftfeiern finden Sie unter [datenschutz.barmenia.de](https://www.datenschutz.barmenia.de).

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG nutzt ggf. bei der Kfz-Schadenbearbeitung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmisbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Detaillierte Informationen zu HIS finden Sie unter [datenschutz.barmenia.de](https://www.datenschutz.barmenia.de).

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer und anderen Stellen

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten z. B. mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer oder den mitgeteilten behandelnden Ärzten sowie mit Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. erfolgen. Sofern wir bei unseren Anfragen, z. B. an den Vorversicherer, besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) übermitteln und von uns solche besonderen Daten erhoben werden, holen wir im Einzelfall zuvor Ihre Einwilligung ein.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Im Rahmen der Leistungsabrechnung von Krankenversicherungen entscheiden wir aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln. Hierbei berücksichtigen wir beispielsweise die jeweilige Einstufung der abzurechnenden Medikamente bzw. Heilbehandlungen.

Beratungsdokumentation

Gesprächsanlass nach Lebensbereichen:	Reisekrankenversicherung
Wünsche des Kunden:	Kunde wünscht vorrangig die eigene Absicherung. Die Absicherung von Kosten bei urlaubs- und/oder beruflich bedingten Reisen.
Empfehlung an den Kunden:	Abschluss einer Reisekrankenversicherung
Begründung der Empfehlung:	Die Versicherung schützt die versicherte Person im Krankheitsfall für weltweite Reisen und dient der Optimierung des Versicherungsschutzes.
Entscheidung des Kunden:	Der Kunde nimmt den Rat an.
Hinweis:	Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden/Versicherungsnehmers im Antrag. Der Abschluss des gewählten Reisekrankenversicherungs-Tarifs erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch des Kunden.