

Weltpolice - Gruppenversicherungsvertrag

WP-Nr.

zwischen

(nachstehend Versicherungsnehmer genannt)

und der

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

(im Folgenden Versicherer genannt)

wird vom _____ an folgender Gruppenversicherungsvertrag geschlossen; zugleich beginnt das erste Versicherungsjahr.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung: Nahtloser Übergang des Versicherungsschutzes

§ 1 Versicherte Personen

§ 2 An- und Abmeldung

§ 3 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

§ 8 Höhe und Zahlung des Versicherungsbeitrages

§ 9 Obliegenheiten

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

§ 12 Aufrechnung

§ 13 Unterrichtung der versicherten Personen

§ 14 Laufzeit und Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages

§ 15 Ausscheiden aus der Gruppenversicherung, Weiterversicherung, Reiseunterbrechung

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 17 Gerichtsstand

§ 18 Vertragssprache/Anwendbares Recht

§ 19 Änderung des Gruppenversicherungsvertrages

§ 20 Zu Stande Kommen des Vertrages

§ 21 Verpflichtung zum Datenschutz

§ 22 Widerrufsbelehrung/Widerrufsrecht/Widerrufsfolgen

§ 23 Schlusserklärungen

Anlagen

Obligatorische Zusatzvereinbarungen

- Anlage 1 a): Einschluss von Assistanzenleistungen durch Deutsches Rotes Kreuz Assistance (DRK)
- Anlage 1 b): Einschluss von Assistanzenleistungen durch International SOS (ISOS)
- Anlage 2: Meldung zum Weltpolice-Gruppenversicherungsvertrag für Reisen, die nicht länger als 90 Tage dauern

Sonstiges

- Anlage 3: Erklärung zum elektronischen Versand der Beitragsrechnung in Ergänzung zum Weltpolice-Gruppenversicherungsvertrag
- Anlage 4: Widerrufsbelehrung/Widerrufsrecht/Widerrufsfolgen
- Anlage 5: Verpflichtung zum Datenschutz

Vorbemerkung: Nahtloser Übergang des Versicherungsschutzes

Personen, die sich bei Vertragsbeginn bzw. ab Einschluss eines verbundenen Unternehmens in diesen Vertrag bereits im Ausland (Einsatzland) aufhalten, und die bis dahin in einem Vorvertrag oder bei einem Vorversicherer gegen Krankheitskosten versichert waren, sollen durch den Vertragswechsel insoweit keine Nachteile haben, als für diese Personen ein nahtloser Übergang des Versicherungsschutzes im Rahmen des mit uns geschlossenen Weltpolice-Gruppenversicherungsvertrages sichergestellt ist.

Ab Vertragsbeginn bzw. ab Einschluss eines verbundenen Unternehmens in diesen Vertrag wird für die in Abs. 1 genannten Personen auch insoweit Versicherungsschutz gewährt, als dass auch in laufende Versicherungsfälle eingetreten wird, soweit die Behandlungen in die Versicherungszeit dieses Weltpolice-Gruppenversicherungsvertrages fallen. Voraussetzung dafür ist, dass der Vorversicherer nicht mehr leistungspflichtig ist und dass die in § 4 unseres Weltpolice-Gruppenversicherungsvertrages genannten Wartezeiten durch die Vorversicherung erfüllt sind.

Alle von Abs. 1 erfassten Personen sind bei der ersten Meldung auf einem gesonderten Meldeblatt - also getrennt von den Personen, die im Monat des Vertragsbeginns erstmalig ins Ausland reisen - mit dem Hinweis "Nahtloser Übergang" zu melden. Bei der Beitragsberechnung wird für diese Personen dann von Beginn ihrer Versicherung an der Tagesbeitrag berechnet, der vertragsgemäß jeweils ab dem 91. Tag der Reisedauer gilt.

§ 1 Versicherte Personen

(1) Versicherungsfähig sind alle Personen, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers vorübergehend ins Ausland (Einsatzland) reisen oder dorthin versetzt werden. Als Ausland (Einsatzland) gelten weltweit alle Länder mit Ausnahme desjenigen, in dem der ständige Wohnsitz (in der Regel bei vorübergehenden Reisen) bzw. der Wohnsitz vor erstmaliger Ausreise (in der Regel bei Versetzung ins Ausland) der zu versichernden Person liegt.

(2) Versicherungsfähig sind auch alle natürlichen Personen, die auf Veranlassung eines mit dem Versicherungsnehmer rechtlich bzw. wirtschaftlich verbundenen Unternehmens im Sinne von § 15 ff. AktG, in ein Einsatzland im Ausland vorübergehend reisen oder dorthin versetzt werden.

(3) Familienangehörige – Ehegatte/Ehegattin, Lebenspartner/in und Kinder-, die die versicherte Person ins Einsatzland begleiten bzw. dort gemeinsam leben oder dort besuchen, können versichert werden (Familienangehörige sind wie auch die Personen in § 1 Abs. 1 und 2 jeweils gemäß § 2 vom Versicherungsnehmer anzumelden und die aus der Versicherung ausscheidenden Personen abzumelden).

(4) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag ausschließlich zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer bestehen. Versicherungsnehmer kann bei Vertragsabschluss ausschließlich ein Unternehmen mit Sitz in Deutschland sein. Insbesondere die in Abs. 2 vorgesehene Erweiterung des Versicherungsschutzes bewirkt weder eine Änderung oder Erweiterung des Vertragsgegenstandes noch der Vertragsparteien. Auch in Bezug auf den, den verbundenen Unternehmen, gewährten Versicherungsschutz verbleiben alle diesbezüglichen Rechte und Pflichten beim Versicherungsnehmer. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Verpflichtung zur Beitragszahlung gemäß § 8 dieses Vertrages, dem Recht zur Abgabe von Willenserklärungen sowie Beachtung des Geltungsbereiches der Versicherung gemäß § 3 (1) dieses Vertrages. Sämtliche Korrespondenz wird ausschließlich zwischen den Vertragsparteien geführt.

§ 2 An- und Abmeldung

(1) Über die beim Versicherer bestehenden Meldemöglichkeiten sind die zu versichernden Personen vom Versicherungsnehmer anzumelden und die aus der Versicherung ausscheidenden Personen abzumelden.

(2) Die Reisen der zu versichernden Personen werden in zwei Gruppen aufgeteilt:

Gruppe 1: Reisen von Personen gemäß § 1, deren Aufenthalt im Einsatzland nicht länger als 90 Tage dauern soll (Kurzreisen).

Auf die namentliche Meldung der zu versichernden Personen wird verzichtet. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich stattdessen, dem Versicherer die Summe der insgesamt zu versichernden Reisetage anzugeben. Sollte sich diese Anzahl im Laufe der Vertragszeit ändern, so muss dieses dem Versicherer bis zum 31.03. des laufenden Kalenderjahres mitgeteilt werden. Andernfalls bleibt die Pauschale des Vorjahres bestehen. Eine Korrektur erfolgt nach dem 31.03. nur noch mit der Endabrechnung.

Die jährliche Kurzreiseprämie beträgt mindestens 300,00 Euro, dies entspricht 1.000 versicherten Reisetagen. Liegen die Kurzreisetage über der genannten Anzahl, erhöht sich die Prämie um 30,00 EUR je angefangene 100 Reisetage. Eine genaue Endabrechnung erfolgt nach Erhalt der Meldung der tatsächlich angefallenen Reisetage. Diese Meldung muss bis zum 31.03. des Folgejahres beim Versicherer vorliegen. Erfolgt bis zum 31.03. keine Meldung, so geht der Versicherer davon aus, dass die Pauschale den tatsächlich angefallenen Reisetagen entspricht. Eine Korrektur erfolgt nach dem 31.03. nicht mehr. Bei unterjährigem Vertragsbeginn wird die Kurzreiseprämie anteilig für jeden angefangenen Monat berechnet.

Es erfolgt keine Verrechnung der langfristigen Reisetage mit den Kurzreisetagen.

Die Kurzreiseprämie wird immer mit der Januar – Beitragsrechnung eines Jahres erhoben. Für die Kurzreisen ist ausschließlich eine Vollkostenversicherung möglich.

Gruppe 2: Alle übrigen vorübergehenden Reisen von Personen gemäß § 1 ins Einsatzland über 90 Tage Dauer (langfristige Reisen).

Über die beim Versicherer bestehenden Meldemöglichkeiten sind die zu versichernden Personen vom Versicherungsnehmer namentlich anzumelden und die aus der Versicherung ausscheidenden Personen abzumelden. Die Meldung muss dem Versicherer jeweils spätestens bis zum 5. des Folgemonats nach Reiseantritt zugegangen sein. Dauert eine ursprünglich geplante Kurzreise tatsächlich länger als 90 Tage, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die versicherte Person unverzüglich rückwirkend ab Reisebeginn namentlich entsprechend dem Anmeldeverfahren für die Gruppe 2 nachzumelden.

Bei der Anmeldung sind dem Versicherer folgende Daten zu übermitteln: Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Ausreiseland, Einsatzland, Reisebeginn.

Änderungen der oben genannten Daten sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Um eine langfristige Reise handelt es sich auch, wenn eine dienstliche Tätigkeit in einem Einsatzland an demselben Ort oder demselben Projekt nur kurzfristig (bspw. regelmäßige Wochenendaufenthalte) unterbrochen wird und insgesamt aber über 90 Tage dauert.

Ferner kann der Versicherer im Einzelfall die Anmeldung einer zu versichernden Person nach Gruppe 2 verlangen, wenn sich eine zu versichernde Person nach Feststellung durch den Versicherer insgesamt über 182 Tage im Kalenderjahr auf Reisen befindet. Dies trifft z.B. zu, wenn eine zu versichernde Person mehrere einzelne Reisen in das gleiche oder in unterschiedliche Länder unternimmt und die Anzahl der gesamten Reisetage 182 Tage im Kalenderjahr überschreitet.

(3) Leicht fahrlässig unterbliebene, unvollständige oder fehlerhafte An- und Abmeldungen bringen für den Versicherungsnehmer keine Nachteile, wenn er dies innerhalb des Korrekturzeitraumes von maximal einem Kalenderjahr, gerechnet von dem Zeitpunkt an dem die An- bzw. Abmeldung spätestens hätte erfolgen müssen, gegenüber dem Versicherer richtigstellt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet auf Verlangen des Versicherers den Reiseantritt der nachzumeldenden Person durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. Nach Ablauf des Korrekturzeitraumes hat die Anmeldung einer versicherten Person zur Folge, dass der Versicherer dieser gegenüber erst ab dem Zeitpunkt der Nachmeldung und nur für nicht bereits eingetretene Versicherungsfälle leistungspflichtig ist. Bei einer Abmeldung einer versicherten Person nach Ablauf des Korrekturzeitraumes kann der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer eine Beitragsrückerstattung in Höhe von maximal 12 Monatsbeiträgen beanspruchen, sofern in diesem Zeitraum keine Leistungen durch die versicherte Person in Anspruch genommen wurden. Die vorgenannte Regelung gilt nicht bei grob fahrlässiger oder vorsätzlich unterbliebener, unvollständiger oder fehlerhafter An- und Abmeldung einer versicherten Person.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 3 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

(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. 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:

- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch;
- Entbindung;
- Krankenrücktransport;
- Überführung im Todesfall bzw. Bestattung am Sterbeort.

(3) Der weltweite Versicherungsschutz erstreckt sich auf die im Einsatzland entstehenden Aufwendungen. Als Einsatzland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem die versicherte Person im Auftrag des Versicherungsnehmers abreist oder ursprünglich ausgereist ist.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Vertrag, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten

(1) Für Reisen bis zu 90 Tage Dauer beginnt der Versicherungsschutz mit der Einreise ins Einsatzland, jedoch nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Ist die Einreise in das Einsatzland und die Rückreise in das ursprüngliche Ausreiseland nur über andere Länder (Transitländer) möglich, besteht Versicherungsschutz auch während der Durchreise.

(2) Für Reisen über 90 Tage Dauer beginnt der Versicherungsschutz mit der Anmeldung über die vom Versicherer zur Verfügung gestellten Meldeverfahren (vgl. § 2) zum bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor dem Beginn dieses Gruppenversicherungsvertrages, und nicht vor Beginn des Aufenthaltes im Einsatzland. Ist die Einreise in das Einsatzland und die Rückreise in das ursprüngliche Ausreiseland nur über andere Länder (Transitländer) möglich, besteht Versicherungsschutz auch während der Durchreise.

(3) Nur für Personen gem. §2 (2), Gruppe 2: Verzögert sich die geplante Einreise ins Einsatzland und besteht kein anderweitiger Versicherungsschutz mehr, so wird für die betroffenen Personen für die Dauer von maximal 20 Tagen Versicherungsschutz gemäß § 5 dieses Vertrages gewährt. Bei vorzeitiger Rückkehr aus dem Einsatzland in das

ursprüngliche Ausreiseland besteht ebenfalls vorübergehender Versicherungsschutz für die Dauer von 20 Tagen, sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.

(4) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt mindestens ein Elternteil über den Gruppenversicherungsvertrag versichert ist und das Neugeborene den versicherten Elternteil begleitet. Die Anmeldung muss spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(5) Die Wartezeit wird vom Versicherungsbeginn bzw. vom gemeldeten Reisebeginn der versicherten Person an gerechnet. Die Wartezeit für Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung) beträgt 90 Tage. Bei Unfällen entfällt die Wartezeit für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

(6) Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen, fallen nach Ablauf von zwei Jahren – gerechnet vom Versicherungsbeginn bzw. gemeldeten Reisebeginn der versicherten Person an – unter den Versicherungsschutz.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Heilbehandlung, ambulanten Vorsorgeuntersuchungen, Untersuchung und medizinisch notwendigen Behandlung wegen Schwangerschaft sowie bei Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, bei Entbindung fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen zu

- a) 100% für ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
- Diese Leistungen können auch von Therapeuten, die im Aufenthaltsland zugelassen sind und dort anerkannte Heilberufe ausüben (zum Beispiel Heilpraktiker, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen) durchgeführt werden. Dazu zählen auch alternative Behandlungsmethoden wie:
 - Akupunktur (Nadeltechnik)
 - Homöopathie
 - Behandlungsmethoden der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)
 - Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK). Unter den Versicherungsschutz fallen nach Ablauf von 2 Jahren – gerechnet vom Versicherungsbeginn bzw. vom gemeldeten Reisebeginn der versicherten Person an – operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000,00 EUR je Auge während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig;
- b) 100% für alle Schutzimpfungen - auch berufsbedingte oder solche aus Anlass von Auslandsreisen - sowie die Impfstoffe und in diesem Zusammenhang anfallende Arztkosten. Impfungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes erfolgen, sind hiervon ausgenommen;
- c) 100% für Geburtshilfe und Nachsorge durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger. Wir erstatten neben den Entbindungskosten alle medizinisch notwendigen Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, Schwangerschaftskomplikationen sowie einen med. notwendigen Kaiserschnitt.

Darüber hinaus erstattet die Barmenia Leistungen für das Ersttrimesterscreening sowie eine Amniozentese.

Untersuchungen durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger sowie Leistungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, Geburtshilfe und Nachsorge sind erstattungsfähig.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch die Kosten für Geburtsvorbereitungskurse sowie Rückbildungsgymnastik, jeweils bis zum Höchstbetrag von 300,00 EUR.

Unter der Voraussetzung, dass der stationäre Aufenthalt bei einer Entbindung weniger als drei Tage gedauert hat oder eine Hausgeburt erfolgt ist, wird eine Pauschale in Höhe von 130,00 EUR gezahlt (Entbindungspauschale);

- d) 100% für ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel

Lifestylepräparate (u.a. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate), Mittel zur Empfängnisverhütung, Nähr- und Stärkungsmittel, Vitamin- und Vitaminmischpräparate sowie kosmetische Präparate u. Ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden und fallen somit nicht unter den Versicherungsschutz;

- e) 100% für ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige elektrische und physikalische Behandlungen;

- Osteopathie und/oder Chiropraktik insgesamt max. 20 Behandlungen pro Kalenderjahr einschließlich Arznei- und Verbandmittel;
- Logopädie: Erstattungsfähig sind Behandlungen, die im Rahmen oder in Verbindung mit einer Sprachtherapie stehen und durch einen qualifizierten Sprachtherapeuten durchgeführt werden.
- Ergotherapie: Erstattungsfähig sind Behandlungen, die im Rahmen oder in Verbindung mit einer Ergotherapie stehen und durch einen qualifizierten Ergotherapeuten durchgeführt werden.

Sprach- oder ergotherapeutische Behandlungen, die im Rahmen von Lern- oder allgemeinen Entwicklungsdefiziten bei Kindern (z.B. Lese-/Rechtschreibschwäche, Dyskalkulie, sprachliche Anpassungsstörungen (soziolinguistische Aspekte) zur Anwendung kommen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz;

- f) 100% für medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten;

- g) 100% für ärztlich verordnete Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen und Hilfsmittel, die im Rahmen der Pflege einer versicherten Person eingesetzt werden sowie sanitäre Bedarfsmittel) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000,00 EUR je Person und Kalenderjahr. Aufwendungen für Betriebsfähigkeit (ausgenommen Reparaturen im Rahmen eines Höchstsatzes), Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln sind nicht erstattungsfähig;

Für Sehhilfen: Brillen, Kontaktlinsen und Sonnenbrillen mit Sehstärke (auch bei einer Refraktionsbestimmung durch den Optiker): Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR innerhalb zweier Kalenderjahre. Der Zeitraum beginnt mit dem Kalenderjahr, in dem die jeweils erste Sehhilfe eines Anspruchszeitraums bezogen wird;

- h) 100% für lebenserhaltende Hilfsmittel
Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z. B. Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme zur Heimdialyse und zur Sauerstofftherapie);

- i) 100% für diagnostische Untersuchungen
Hierzu zählen u. a. Pathologie, Radiologie, Computertomographie (CT), Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) und Positronen-Emissions-Tomographie (PET). Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
- j) 100% für die Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer, sowie Behandlung durch den Chefarzt.

Zimmer mit luxuriöser Ausstattung wie z.B. Deluxe- und Executive-Zimmer sowie Suites sind nicht erstattungsfähig.

Eine stationäre Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn eine mit ihr in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und die Anschlussheilbehandlung spätestens zwei Wochen nach Abschluss dieser stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Leistungsanspruch besteht maximal für die in den ersten 28 Tagen der stationären Anschlussheilbehandlung entstehenden Aufwendungen;

- k) 100% für einen notwendigen Transport zur oder von einer stationären Heilbehandlung in das jeweils nach Abs. 3 anerkannte nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
- l) 100% für ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig ist der notwendige Transport zum und vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall und Fahrten zur Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie, sowie die Fahrt zur und von einer ambulanten Operation (am Tag der OP);
- m) 100% für Häusliche Krankenpflege
Häusliche Krankenpflege nach einem mindestens zweiwöchigen ununterbrochenen stationären Krankenhausaufenthalt. Die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege ist durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen. Unter den Versicherungsschutz fallen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die üblicherweise ärztliche Leistungen darstellen (z.B. Verbandwechsel, Stoma-Versorgung, Medikamentengabe, etc.).

Die Erstattung beträgt 200,00 EUR pro Tag, maximal jedoch 2.800,00 EUR pro versicherter Person und Kalenderjahr.

Sonstige Pflegeleistungen, wie z.B. Waschen, Anziehen, Haushaltsführung, etc. fallen nicht unter den Versicherungsschutz;

- n) 100% für ambulante Psychotherapie
Sollten für die Behandlung mehr als 15 Sitzungen (inklusive probatorischer Sitzungen) erforderlich sein, muss die versicherte Person für die darüberhinausgehende Erstattung der Therapie eine schriftliche Genehmigung von der Barmenia einholen;
- o) 100% stationäre Psychotherapie
Steht eine psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung, so besteht Leistungspflicht maximal für die in den ersten sechs Wochen entstehenden Aufwendungen je Versicherungsfall;
- p) 100% für Zahnbehandlungen
z.B. hochwertige Zahnfüllungen (Inlays), Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, zahnprophylaktische Maßnahmen, professionelle Zahnreinigung;

- q) 50% für Aufwendungen für Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung);
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate), Reparaturen am Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, einschließlich Vor- und Nachbehandlungen. Bitte beachten Sie die Wartezeit gemäß § 4 Abs. 5;
- r) 50% für unfallbedingten Zahnersatz und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung);
- s) 100% für Rücktransporte
Liegt auf Grund einer Krankheit oder Unfallfolge eine medizinische Indikation für einen Rücktransport vor und ist dieser medizinisch sinnvoll und vertretbar, werden die notwendigen Aufwendungen für den Krankentransport einer versicherten Person (einschließlich der Kosten für ggf. erforderliches medizinisch geschultes Begleitpersonal) aus dem Ausland an ihren Wohnsitz im ursprünglichen Ausreiseland in voller Höhe ersetzt, oder ist erkennbar, dass eine stationäre Heilbehandlung auf Grund der Art und Schwere der Erkrankung einen Zeitraum von 14 Tagen übersteigen würde, so werden die notwendigen Aufwendungen des Krankentransports in voller Höhe ersetzt.

Das schließt auch Rettungsflüge (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) ein, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit sind, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugretterungsunternehmen durchgeführt werden;
- t) 100% für die notwendigen Kosten einer Rückholung mitversicherter Kinder unter 18 Jahren sowie einer Begleitperson, werden bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von maximal 5.000,00 EUR ersetzt, sofern der Hauptversicherte und alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind;
- u) 100% für Überführungs-/ Bestattungskosten
Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen – auch nach vorheriger Einäscherung am Sterbeort - an seinen Wohnsitz in das ursprüngliche Ausreiseland ersetzt. An Stelle von Überführungskosten können die Kosten einer Bestattung am Sterbeort ersetzt werden. Särge und Urnen sind in einfachen Ausführungen erstattungsfähig.
Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die im Rahmen der Trauerfeierlichkeiten bzw. religiöser oder ritueller Zeremonien anfallen sowie z.B. Kosten für Blumenschmuck, Anzeigen, Trauerkarten, etc;
- v) 100% für einen Blutkonserventransport
Werden an einem Operationsort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig und muss bei den vor Ort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden oder sind die notwendigen Blutkonserven vor Ort nicht vorhanden, werden die notwendigen Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland erstattet;
- w) 100% für Rooming-in
Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, wird für die Dauer der Begleitung ein Krankenhaus-Tagegeld von 50,00 EUR pro Tag gezahlt, maximal jedoch 500,00 EUR pro Kalenderjahr und versichertem Kind. Es werden zusätzlich Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer elterlichen Begleitperson für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei einer stationären Krankenhausbehandlung erstattet;

- x) 100% für Such-, Rettungs- und Bergungskosten
Erleidet die versicherte Person einen Unfall und muss sie deswegen gesucht, gerettet oder geborgen werden, so fallen unter den Versicherungsschutz die dafür angefallenen Kosten bis zu 5.000,00 EUR. Der Versicherungsschutz für diese Leistungen beginnt gemäß § 4 des Vertrages.

Vorerkrankungen sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind. Therapeuten, die im Aufenthaltsland zugelassen sind und dort anerkannte Heilberufe ausüben (zum Beispiel Heilpraktiker, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen) dürfen ebenfalls in Anspruch genommen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenanstalten, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten 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.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen verursacht worden sind;
- b) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren und Maßnahmen zur Entwöhnung;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsbehandlungen;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden vertragsgemäß erstattet;
- f) für Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, ferner Bestrahlungsgeräte und TENS-Geräte, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte, Blutdruckmessgeräte) sowie nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör, ferner Unterhaltungs- und Betriebskosten;
- g) für arbeitsmedizinische Untersuchungen, für Untersuchungen zur Erlangung einer Aufenthaltsgenehmigung oder Arbeitsgenehmigung sowie Kindergarten- und Schultauglichkeitsbescheinigungen;
- h) für Diagnostik und Behandlung von Sterilität, deren Ursache und Folge einschließlich künstlicher Befruchtung sowie dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;

- i) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j) für Impfungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt werden;
- k) für nicht medizinisch notwendige kosmetische Behandlungen und Operationen (z.B. Schönheitsoperationen).

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

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

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Rechnungszweitschriften (Duplikate) werden anerkannt, wenn

- a) andere Versicherer oder Kostenträger in Anspruch genommen werden und deren Leistungen darauf bestätigt sind;
- b) die Originale auf Grund gesetzlicher Bestimmungen von den Rechnungsstellern einbehalten werden.

Rechnungen können auch per E-Mail an die fest definierte Adresse leistungs-service@weltpolice.com versendet werden. Auf die Vorlage von Urschriften der Rechnungen bei E-Mail-Versand wird verzichtet. Die Originale sind in diesem Fall nicht zusätzlich per Post an die Barmenia zu senden sondern stattdessen für einen Zeitraum von mindestens drei Jahren aufzubewahren und auf Verlangen – auch nach erfolgter Abrechnung – vorzulegen.

Grundsätzlich gilt der E-Mail-Verkehr nicht als sicherer Kommunikationsweg. Die Barmenia übernimmt keine Haftung für Datenverluste oder unberechtigten Zugriff mit Dateneinsicht durch Dritte beim E-Mail-Versand von gescannten Unterlagen. Rechnungsunterlagen, die per E-Mail zugestellt werden, werden weder schneller noch bevorzugter bearbeitet, als wenn diese auf dem Postwege zugestellt werden.

Die Leistungsabrechnung kann auf Wunsch ebenfalls per E-Mail zugestellt werden, wenn dies ausdrücklich durch die Auswahl der Zustelloption im Leistungsauftrag, Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse und Unterzeichnung des Leistungsauftrages beantragt wird. Fehlt der Hinweis im Leistungsauftrag, fehlt eine gültige E-Mail-Adresse oder ist der Leistungsauftrag nicht unterzeichnet, erfolgt die Versendung der Leistungsabrechnung per Post an die im Leistungsauftrag aufgeführte Adresse.

Arztrechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen, Daten der Behandlung. Für die Erstattung von Rückführungskosten ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransports und für die Erstattung von Überführungskosten bzw. Bestattungskosten eine amtliche Sterbeurkunde mit vorzulegen. Die geforderten Nachweise sollen spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rückführung, Überführung oder Bestattung eingereicht werden.

(2) Der Anspruch auf Erhalt der Versicherungsleistung steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu. Sofern der Leistungsantrag nebst aller erforderlichen Nachweise direkt durch die versicherte Person eingereicht wird, ist der

Versicherer mit befreiender Wirkung auch berechtigt, die Leistung an die versicherte Person zu erbringen. In diesen Fällen ist der Versicherer zudem berechtigt, die Korrespondenz unmittelbar mit der versicherten Person zu führen.

(3) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuem Stand, es sei denn, die empfangsberechtigte Person weist durch Bankbelege nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

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

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

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsnehmer trägt den Beitrag in voller Höhe. Hierunter fallen auch die Beiträge für die Personen und Reisetage, die aufgrund einer Entsendung durch ein verbundenes Unternehmen entstanden sind.

(2) Der Beitrag beträgt für Reisen von Personen (vgl. §1 Abs. 1 bis 3)

a) bis zu 90 Tage Dauer (Kurzreisen)

Vollkosten pro Person und Tag 0,28 EUR
(zzgl. der Beiträge der Zusatzvereinbarungen)

b) ab 91 Tage Dauer

Vollkosten pro Person und Tag x,xx EUR
(zzgl. der Beiträge der Zusatzvereinbarungen)

Die ausgewiesenen Beiträge enthalten keine Versicherungssteuer. Sollte eine solche aufgrund der Dauer der Entsendung in ein bestimmtes Einsatzland und unter Berücksichtigung der dort gültigen rechtlichen Vorgaben fällig werden, so ist diese gesondert von dem Versicherungsnehmer zu entrichten.

(3) Der Beitrag für die namentlich gemeldeten Personen wird jeweils für den zurückliegenden Monat auf Grund der Meldungen vom Versicherer für alle namentlich versicherten Personen ermittelt und dem Versicherungsnehmer in Rechnung gestellt.

Der Beitrag für die nicht namentlich gemeldeten Personen (Kurzreisen) wird dem Versicherungsnehmer einmal jährlich als Pauschalbeitrag in Rechnung gestellt.

Der errechnete Beitrag ist in einer Summe unverzüglich vom Versicherungsnehmer an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(4) Der Versicherungsnehmer erhält von der Barmenia Krankenversicherung AG monatliche Beitragsrechnungen. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 14 Werktagen auf folgendes Bankkonto der Barmenia Krankenversicherung AG zu überweisen:

Stadtsparkasse Wuppertal

BIC: WUPSDE33XXX

IBAN: DE70 3305 0000 0000 9000 50

Im Verwendungszweck ist immer die Vertrags-/Abrechnungsnummer (z.B. „WP 9785“) anzugeben.

(5) Es gelten die gesetzlichen Verzugs- und Mahnregelungen gemäß §§ 37 – 39 VVG.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise 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 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) 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 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 Dritte leistungspflichtig sind oder Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen deren Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn in einem Versicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, wird dieser in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

(6) Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer über den Abschluss oder das Bestehen anderweitiger Versicherungsverträge, die denselben Leistungsgegenstand wie dieser Gruppenversicherungsvertrag haben, unverzüglich zu informieren.

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Unterrichtung der versicherten Personen

(1) Der Versicherungsnehmer hat die versicherten Personen über ihren Versicherungsschutz und die wesentlichen Bestimmungen dieses Vertrages ausreichend zu unterrichten.

(2) Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, sämtliche versicherten Personen unverzüglich zu benachrichtigen, falls der Vertrag - ganz oder teilweise - durch Kündigung beendet wird. Der Versicherungsnehmer hat die betroffenen Personen darüber zu informieren, dass der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Vereinbarung beendet ist und keine Versicherungsleistungen mehr gezahlt werden.

§ 14 Laufzeit und Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages

(1) Die Laufzeit dieses Vertrages und der Zusatzvereinbarungen sind unbefristet.

(2) Dieser Vertrag kann von beiden Vertragspartnern - auch beschränkt auf einzelne versicherte Personen oder verbundene Unternehmen - zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform gekündigt werden. Zum Kündigungstermin enden automatisch auch alle bestehenden Zusatzvereinbarungen, ohne dass es einer gesonderten Kündigung dieser bedarf.

(3) Beide Vertragspartner behalten sich das Recht vor, den Gruppenversicherungsvertrag außerordentlich ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist aus wichtigem Grund in Textform zu kündigen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor wenn eine der beiden Vertragspartner in irgendeiner Weise täuscht oder sonst seine Pflichten aus diesem Vertrag nicht erfüllt. Auch ist der Versicherer berechtigt eine außerordentliche Kündigung bezogen auf ein verbundenes Unternehmen oder eine bestimmte versicherte Person auszusprechen, wenn Gründe vorliegen, die die Fortführung der Versicherung bezogen auf das verbundene Unternehmen oder die versicherte Person unter Berücksichtigung der Interessen des Versicherungsnehmers eine unzumutbare Härte für den Versicherer darstellen würde. Entsprechendes gilt für die in Abs. 2 Satz 1 enthaltene Beschränkung. Für die Zusatzvereinbarungen gilt Abs. 2 Satz 2 entsprechend.

ENDE DER VERSICHERUNG

§ 15 Ausscheiden aus der Gruppenversicherung, Weiterversicherung, Reiseunterbrechung

(1) Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -

- a) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes im Einsatzland bzw. mit dem Grenzübertritt vom Transitland in das ursprüngliche Ausreiseland;
- b) mit dem Fortfall der Voraussetzungen nach § 1;
- c) mit dem Tod der versicherten Person;
- d) nach einem Rücktransport in das ursprüngliche Ausreiseland;
- e) mit der Sitzverlegung des Versicherungsnehmers in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraums ist;
- f) mit der Kündigung bzw. Teilkündigung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer;

g) mit der Kündigung bzw. Teilkündigung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer.

Der Versicherungsnehmer wird den Versicherer unverzüglich über das Vorliegen der in a) bis e) genannten Beendigungsgründe informieren (vgl. § 2 Abs. 1).

(2) Versicherte Personen, die vor einem ununterbrochenen Auslandsaufenthalt von mindestens drei Monaten (versicherte Personen gem. § 2 (2), Gruppe 2) ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hatten und im Anschluss hieran dorthin zurückkehren, können innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Versicherung innerhalb des Gruppenvertrages die Fortsetzung ihrer Versicherung als Einzelversicherung nach den dafür gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages nur verpflichtet, als der beantragte Versicherungsschutz in der Einzelversicherung nicht höher oder umfassender ist als der im Gruppenversicherungsvertrag. Bei Annahme des Antrages durch den Versicherer wird die im Gruppenversicherungsvertrag ununterbrochen zurückgelegte Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet, soweit es sich um Leistungen handelt, die auch Inhalt dieses Gruppenversicherungsvertrages waren, und die Einzelversicherung spätestens am Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats beginnt.

§ 193 Abs. 3 VVG sieht für Personen mit Wohnsitz in Deutschland eine Pflicht zur Versicherung mit bestimmtem Leistungsumfang vor.

(3) Bei dienstlichen oder privaten Unterbrechungen des Aufenthaltes einer versicherten Personen gem. § 2 (2), Gruppe 2, von maximal 90 Tagen (vorübergehende Reiseunterbrechung) besteht außerhalb der Einsatzlandes weltweit Versicherungsschutz für diesen Zeitraum.

Voraussetzung ist, dass eine Wiedereinreise in das Einsatzland innerhalb von 90 Tagen während des Einsatzzeitraumes erfolgt. Ansonsten wird Versicherungsschutz außerhalb des Einsatzlandes analog zu § 4 Abs. 3 für maximal 20 Tage – unabhängig von der Dauer der Reiseunterbrechung – gewährt.

Auf Verlangen ist die Dauer der Unterbrechung vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person nachzuweisen. Diese Bestimmung gilt gleichermaßen sowohl für Reiseunterbrechungen des Hauptversicherten als auch für Reiseunterbrechungen der ihn ins Einsatzland begleitenden Familienangehörigen nach § 1 (3) dieses Vertrages. Diese Regelung gilt nicht bei einem Wechsel des Einsatzlandes. Der Wechsel des Einsatzlandes ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Für Personen gem. § 2 (2), Gruppe 1 (Kurzreisen), gelten die Regelungen der Reiseunterbrechung nicht.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.

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

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

§ 18 Vertragssprache / Anwendbares Recht

Die Vertragsbestimmungen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit der Versicherung erfolgt in Deutsch. Sofern Unterlagen in englischer Sprache zur Verfügung gestellt werden, so ist dies als reine Serviceleistung des Versicherers zu verstehen, die keinerlei Auswirkung auf die vereinbarte Vertragssprache hat.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Seitens des Versicherers kann nicht zugesichert werden, dass es sich bei dem Vertrag um eine substitutive Krankenversicherung im Sinne einer ggf. bestehenden lokalen Krankenversicherungspflicht handelt. Die Prüfung, ob diese Gruppenversicherung geeignet ist eine solche zu ersetzen, obliegt nicht dem Versicherer. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, die Einhaltung aller in Betracht kommender Bestimmungen und Regelungen, die im Zusammenhang mit der Entsendung stehen, für alle im Versicherungsvertrag erfassten versicherten Personen sicherzustellen.

In Bezug auf die in Deutschland bestehende Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 S. 1 VVG weist der Versicherer ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei der Gruppenversicherung nicht um eine substitutive Krankenversicherung im Sinne des § 146 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) handelt und diese daher nicht geeignet ist die Versicherungspflicht zu erfüllen.

§ 19 Änderung des Gruppenversicherungsvertrages

Ist eine Bestimmung in diesem Vertrag 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 Vertrags 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 des Versicherungsnehmers angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 20 Zu Stande kommen des Vertrages

Der Versicherer erstellt ein Angebot inklusive aller erforderlichen Vertragsunterlagen sowie Informationsblätter.

Der Versicherungsnehmer kann das Angebot des Versicherers durch schriftliche Annahmeerklärung - Unterzeichnung des Vertrages - innerhalb von 6 Wochen ab Zugang des Angebotes beim Versicherungsnehmer annehmen. Unter der Voraussetzung der rechtzeitigen Beitragszahlung (s. hierzu § 8) besteht dann von dem im Gruppenversicherungsvertrag bezeichneten Tag des Versicherungsbeginns an Versicherungsschutz.

Die Wahl eines Assistanceunternehmens (s. Anlage 1a) bzw. 1b)) sowie die Festlegung der Kurzreisetage (s. § 24 Schlusserklärungen) ist verpflichtend. Sollte eine der obligatorischen Zusatzvereinbarungen nicht unterzeichnet werden und/oder die Kurzreisetage nicht festgelegt werden, kommt der Vertrag nicht zu Stande. Handschriftliche Änderungen im Vertragstext sind unzulässig.

§ 21 Verpflichtung zum Datenschutz

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die einzelnen zum Vertrag namentlich zu meldenden Personen (Personengruppe 2 gem. § 2 des Vertrages), die im Rahmen der Weltpolice versichert werden sollen, über die Zusammenarbeit mit der Barmenia Krankenversicherung AG zu informieren und diesen das Hinweisblatt „Hinweise zum Datenschutz für Versicherte in der Weltpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“ auszuhändigen sowie deren Unterschrift unter dem Formular „Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und

Schweigepflichtentbindungserklärungen des Versicherten im Rahmen der „Weltpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“ vor Reisebeginn einzuholen und dieses aufzubewahren.

Ein Muster des Hinweisblattes und des vorgenannten Formulars sind diesem Vertrag in der Anlage beigelegt und sind vom Versicherungsnehmer bei Bedarf für die einzelnen zu versichernden Personen jeweils zu kopieren und zu verwenden.

Denjenigen Personen, die auf kurzfristige Dienstreisen entsandt werden und daher nicht namentlich zum Vertrag zu melden sind (Personengruppe 1 gem. § 2 des Vertrages), werden die „Hinweise zum Datenschutz für Versicherte in der Weltpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“ bei Eingang eines eventuellen Leistungsauftrags zur Kostenerstattung von der Barmenia erteilt. Zugleich holt die Barmenia von diesen Personen auch die Unterschrift unter die „Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen des Versicherten im Rahmen der Weltpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“ ein und bewahrt diese Erklärungen auf.

§ 22 WIDERRUFSBELEHRUNG / WIDERRUFSRECHT / WIDERRUFSFOLGEN

Widerrufsrecht

Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. per Brief, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt, nachdem der Versicherungsnehmer diesen Vertrag, die weiteren Informationen gem. § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1-4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung in Textform erhalten hat.

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

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

E-Mail: post@weltpolice.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, 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 Betrag in Höhe der Anzahl Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit den gemeldeten Personen und dem jeweiligen Tagesbeitrag bzw. dem Monatsbeitrag für die Kurzreisen.

Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers erlischt, wenn der Vertrag auf seinen ausdrücklichen Wunsch sowohl von ihm als auch von dem Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

Ende der Widerrufsbelehrung

§ 23 Schlusserklärungen

HINWEISE

Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht; Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

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

Obligatorischer Einschluss von Assistanceleistungen (gewünschten Assistenten bitte ankreuzen)

Die Hinzunahme einer Zusatzvereinbarung über den Einschluss von Assistanceleistungen ist verpflichtend. Es besteht die Möglichkeit zwischen zwei Anbietern auszuwählen. (Bitte den gewünschten Anbieter der Assistanceleistungen nachstehend ankreuzen und die anliegende Zusatzvereinbarung – bitte nur eine der beigefügten Zusatzvereinbarungen über Assistanceleistungen - unterschreiben).

Anlage 1a): Einschluss von Assistanceleistungen durch DRK Assistance (DRK)

oder

Anlage 1b): Einschluss von Assistanceleistungen durch International SOS (ISOS)

Obligatorische Festlegung der Kurzreisetage (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Festlegung der Anzahl der Kurzreisetage ist verpflichtend.

bis 1.000 Reisetage pro Kalenderjahr (Mindestbeitrag 300,- € entspricht 1.000 Reisetagen)

über 1.000 Reisetage pro Kalenderjahr (eine individuelle Meldung gemäß Anlage 2 ist erforderlich)

Wuppertal, den 11.11.2019

_____, den _____

Barmenia Krankenversicherung AG

(Unterschrift des Versicherers)

(Name und Unterschrift des Versicherungsnehmers)

Anlage 1a)

Obligatorische Zusatzvereinbarung über den Einschluss von Assistanzenleistungen durch die DRK Assistance

Umfang der Assistanzenleistungen

Durch die Barmenia erhalten Sie über die Notrufleitung Zugang zu den im Folgenden aufgeführten Assistanzenleistungen. Die DRK Assistance wird den Versicherten, die nachfolgenden medizinischen Leistungen rund um die Uhr (24 Stunden pro Tag, 365 Tage pro Jahr, in zwei Sprachen) erbringen.

Medical-Information-Assist

Medizinische Auskünfte bei Notfällen direkt am Telefon

Sie haben Fragen zu allgemeinen medizinischen Themen? Die Leitstellenmitarbeiter der DRK Assistance geben Ihnen Informationen direkt am Telefon. Diese medizinischen Auskünfte sind allgemeiner Natur und erfüllen nicht die Qualitätskriterien konkreter Diagnosen. Für weitergehende Analysen werden nach Einzelfallentscheidung Ärzte hinzugezogen.

Medical-Infrastructure-Assist

Unterstützung bei der Wahl des richtigen medizinischen Leistungserbringers. Sie müssen wissen, welcher Arzt, welche Klinik oder welcher sonstiger medizinischer Dienst in der Nähe für Ihr Problem zur Verfügung steht? Die DRK Assistance stellt Ihnen, bei Bedarf, die Kontaktdaten und Dienstzeiten von Ärzten, Krankenhäusern und medizinischen Facheinrichtungen an dem von Ihnen gewünschten Ort zur Verfügung und erweitert notfalls den Umkreis, um einen entsprechenden Leistungserbringer benennen zu können. Sie wählen dann in Ihrer Verantwortung aus.

Outpatient-Assist

Behandlung im ambulanten Fall. Sie benötigen eine ambulante Versorgung?

Die DRK Assistance assistiert Ihnen bei der Terminabsprache mit dem medizinischen Leistungserbringer für den Sie sich entschieden haben. Die in diesem Zusammenhang entstandenen Kosten, die aus der Konsultierung von medizinischen Leistungsträgern resultieren, werden nicht von der DRK Assistance getragen.

Inpatient-Assist

Assistance im stationären Fall

Es stellt sich heraus, dass Sie stationär aufgenommen werden müssen? Die DRK Assistance unterstützt und berät Sie bei der Einweisung und Auswahl einer medizinischen Einrichtung, für die Sie sich entschieden haben, um Ihnen so eine optimale Versorgung vermitteln zu können.

Cost-and-Payment-Assist

Kostenverauslagung /Kostenübernahmeerklärungen

Es entstehen Kosten für Ihre Behandlung? Die DRK Assistance verauslagt die gemäß der Barmenia Versicherungspolice anfallenden Kosten für Ihren stationären Aufenthalt oder gibt eine entsprechende Kostenübernahme-erklärung ab. Falls erforderlich, wird die DRK Assistance Ihren Gesundheitszustand gemeinsam mit dem behandelnden Arzt überwachen und die anfallenden Kosten während des stationären Krankenhausaufenthalts beobachten und auswerten.

Patient-Transport-Assist

Weltweite Transporte in der Luft oder auf dem Land

Es ist erforderlich, einen medizinisch begleiteten Transport durchzuführen? Die DRK Assistance organisiert Ihren Transport und die Betreuung im medizinischen Notfall zu einer medizinischen Einrichtung, die den hohen qualitativen Ansprüchen des Roten Kreuzes entsprechen. Die Wahl des Transportmittels erfolgt durch den medizinischen Dienst der DRK Assistance, entsprechend Ihrer aktuellen gesundheitlichen Verfassung. Der Transport bringt Sie direkt in eine geeignete medizinische Einrichtung. Die DRK Assistance wird im medizinischen Notfall den Rücktransport in Ihren Heimatstaat organisieren. Falls erforderlich, stellt die DRK Assistance die Begleitung durch medizinisches- oder Pflegepersonal mit entsprechendem medizinischem Notfallequipment bereit. Die DRK Assistance wird Ihnen oder Ihrer Familie ein Haftungsentbindungsformular „Consent and Liability Release“ für den medizinischen Lufttransport zur Verfügung stellen und um Unterzeichnung nachsuchen. Solange und soweit eine Unterzeichnung nicht erfolgt, ist die DRK Assistance nicht verpflichtet, entsprechende medizinische Leistungen zu erbringen.

Im Todesfall wird die DRK Assistance die Überführung des verstorbenen Versicherten vom Sterbeort in dessen Heimatstaat organisieren.

Communication Relative (Nachrichtenübermittlung / Angehörigen-Information)

Im Falle eines Unglückes unternimmt die DRK Assistance alle Anstrengungen, um nach Ihrem Wunsch Notfallbotschaften an Angehörige, Vorgesetzte, etc. zu übermitteln.

Other Support (Unterstützung bei der Beschaffung von Medikamenten)

Die DRK Assistance ist Ihnen behilflich, soweit rechtlich möglich, erforderliche Medikamente zu erhalten; dies wird ggf. durch die Einbindung eines örtlichen medizinischen Leistungserbringers oder durch den Transport einer ärztlichen Verschreibung bzw. des Medikaments organisiert (keine Versicherungsleistung).

2) Beitrag

Der Tagesbeitrag nach § 8 Abs. 2 a) des Gruppenversicherungsvertrages erhöht sich vom 01. bis zum 90. Tag der Versicherungsdauer um 0,02 EUR für jede Person. Der Tagesbeitrag nach § 8 Abs. 2 b) des Vertrages erhöht sich ab 91. um 0,12 EUR für jede Person.

3) Wegfall der Assistanzenleistungen

Das Bestehen der vertraglichen Kooperation der Barmenia Krankenversicherung AG mit der DRK Assistance ist wesentliche Geschäftsgrundlage für diese Zusatzvereinbarung über die Erbringung von Assistanzenleistungen zum Gruppenversicherungsvertrag. Sollte der Kooperationsvertrag zwischen der Barmenia Krankenversicherung AG und der DRK Assistance enden oder sollte die DRK Assistance aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen, z. B. wegen eingetretener Zahlungsunfähigkeit bzw. Insolvenz, nicht mehr in der Lage sein, die unter Ziffer 1 vereinbarten Assistanzenleistungen zu erbringen, so entfällt die Geschäftsgrundlage für diese Zusatzvereinbarung. Mit dem Wegfall der Geschäftsgrundlage erlischt zugleich die Pflicht der

Barmenia Krankenversicherung AG zur Erbringung der Assistanzenleistungen sowie die Pflicht des Kunden zur Zahlung des Beitrages aus dieser Zusatzvereinbarung für Assistanzenleistungen (siehe Ziffer 3) dieser Zusatzvereinbarung); der bestehende Gruppenversicherungsvertrag wird ohne Einschluss der Assistanzenleistungen fortgesetzt. Dem Versicherungsnehmer steht bei Wegfall der Assistanzenleistungen das Recht zu, den Gruppenversicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat zum Ende des folgenden Kalendermonats zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers erlischt, wenn es nicht innerhalb einer Frist von einem Monat nach Kenntnis vom Wegfall der Assistanzenleistungen (Ausübungsfrist) durch den Zugang einer schriftlichen Kündigungserklärung beim Versicherer wirksam ausgeübt wurde.

Wuppertal, den

Barmenia Krankenversicherung AG

(Unterschrift des Versicherers)

_____, den _____

(Name und Unterschrift des Versicherungsnehmers)

Anlage 1b)

Obligatorische Zusatzvereinbarung über den Einschluss von Assistenzleistungen durch International SOS

1) Umfang der Assistenzleistungen

International SOS wird den Versicherten, die unter der von Barmenia eingerichteten Telefonnummer anrufen, die nachfolgenden medizinischen Leistungen rund um die Uhr (24 Stunden pro Tag, 365 Tage pro Jahr, mehrsprachig) erbringen:

Medizinische Information für Routine- und Notfälle

International SOS wird den Versicherten telefonisch medizinische Information erteilen. Die medizinische Information ist allgemeiner Natur und kann keine Diagnose/Diagnostik im Einzelfall beinhalten oder ersetzen.

Information über medizinische Leistungsträger

International SOS wird den Versicherten auf Anfrage Namen, Adressen, Telefonnummern und Sprechzeiten von medizinischen Leistungsträgern am vom Versicherten gewünschten Ort zur Verfügung stellen. Sind solche Daten bei International SOS nicht verfügbar, wird International SOS verfügbare Leistungserbringer im vom Versicherten gewünschten Umkreis benennen. Die endgültige Wahl des medizinischen Leistungsträgers steht in der alleinigen Entscheidung des Versicherten.

Behandlung als ambulanter Patient

International SOS wird den Versicherten bei der Vereinbarung von Behandlungsterminen mit medizinischen Leistungsträgern behilflich sein. Die endgültige Wahl des medizinischen Leistungsträgers steht in der alleinigen Entscheidung des Versicherten. Für die Bezahlung von Kosten, die aus oder im Zusammenhang mit der Konsultierung von medizinischen Leistungsträgern, die von International SOS empfohlen wurden, entstehen, ist International SOS nicht verantwortlich.

Medizinische notwendige Rücktransporte und Rettungsflüge

International SOS wird in medizinischen Notfällen den Transport von Versicherten zu einer medizinischen Einrichtung arrangieren, in der nach ordnungsgemäßer Einschätzung von International SOS angemessene medizinische Versorgung zur Verfügung steht. Die Wahl des Transportmittels erfolgt durch International SOS, entsprechend der aktuellen medizinischen Notwendigkeit

in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung. International SOS wird in medizinischen Notfällen den Transport von Versicherten in ihren Heimatstaat arrangieren.

International SOS wird, falls erforderlich, Begleitung durch medizinisches oder Pflegepersonal und die Bereitstellung von mobilem medizinischem Notfallequipment arrangieren. International SOS wird dem Versicherten oder dessen Familie ein Consent and Liability Release (Haftungsentbindung) für medizinischen Lufttransport gem. Spezifikation im Operations Procedure zur Verfügung stellen und um Unterzeichnung nachsuchen. Solange und soweit eine Unterzeichnung nicht erfolgt, ist International SOS nicht verpflichtet, Leistungen zu erbringen.

Behandlung als stationärer Patient

Soweit aus Sicht von International SOS erforderlich, wird International SOS die Versicherten unterstützen bei der Auswahl und Einweisung in ein Krankenhaus oder eine vergleichbare Einrichtung.

Leistungen für stationäre Patienten; Kostenverauslagung; Kostenübernahmeerklärungen

International SOS wird stellvertretend für die Barmenia die gemäß der Barmenia Versicherungspolice anfallenden Kosten für Stationäre Patienten verauslagern oder Kostenübernahmeerklärungen abgeben. Wenn notwendig, wird International SOS den Gesundheitszustand des Versicherten gemeinsam mit dem behandelnden Arzt überwachen und die anfallenden Kosten während des stationären Krankenhausaufenthalts beobachten und auswerten.

Überführung von Verstorbenen

International SOS wird die Überführung eines verstorbenen Versicherten vom Sterbeort in dessen Heimatstaat arrangieren.

Übermittlung von Notfallbotschaften

International SOS wird sich nach besten Kräften bemühen, Notfallbotschaften zwischen Versicherten und deren Familien zu übermitteln.

Hilfeleistung bei Medikamenten

International SOS wird, wenn möglich und soweit dieses gesetzlich gestattet ist, Versicherten behilflich sein, Medikamente zu erhalten; dies kann ggf. die Vereinbarung eines Termins mit einem örtlichen medizinischen Leistungsträger oder den Transport einer ärztlichen Verschreibung oder des Medikamentes beinhalten. (Keine Versicherungsleistung)

2) Beitrag

Der Tagesbeitrag nach § 8 Abs. 2 a) des Gruppenversicherungsvertrages erhöht sich vom 01. bis zum 90. Tag der Versicherungsdauer um 0,02 EUR für jede Person. Der Tagesbeitrag nach § 8 Abs. 2 b) des Gruppenversicherungsvertrages erhöht sich ab 91. Tag um 0,24 EUR für jede Person.

3) Wegfall der Assistenzleistungen

Das Bestehen der vertraglichen Kooperation der Barmenia Krankenversicherung AG mit ISOS ist wesentliche Geschäftsgrundlage für diese Zusatzvereinbarung über die Erbringung von Assistenzleistungen zum Gruppenversicherungsvertrag. Sollte der Kooperationsvertrag zwischen der Barmenia Krankenversicherung AG und ISOS enden oder sollte ISOS aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen, z. B. wegen eingetretener Zahlungsunfähigkeit bzw. Insolvenz, nicht mehr in der Lage sein, die unter Ziffer 1 vereinbarten Assistenzleistungen zu erbringen, so entfällt die Geschäftsgrundlage für diese Zusatzvereinbarung. Mit dem Wegfall der Geschäftsgrundlage erlischt zugleich die Pflicht der Barmenia Krankenversicherung AG zur Erbringung der Assistenzleistungen sowie die Pflicht des Kunden zur Zahlung des Beitrages aus dieser Zusatzvereinbarung für Assistenzleistungen (s. 3) dieser Zusatzvereinbarung);

der bestehende Gruppenversicherungsvertrag wird ohne Einschluss der Assistenzleistungen fortgesetzt. Dem Versicherungsnehmer steht bei Wegfall der Assistenzleistungen das Recht zu, den Gruppenversicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat zum Ende des folgenden Kalendermonats zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers erlischt, wenn es nicht innerhalb einer Frist von einem Monat nach Kenntnis vom Wegfall der Assistenzleistungen (Ausübungsfrist) durch den Zugang einer schriftlichen Kündigungserklärung beim Versicherer wirksam ausgeübt wurde.

Wuppertal, den

Barmenia Krankenversicherung AG

(Unterschrift des Versicherers)

_____, den _____

(Name und Unterschrift des Versicherungsnehmers)

Anlage 2

MELDUNG ZUM WELTPOLICE-GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG FÜR REISEN, DIE NICHT LÄNGER ALS 90 TAGE DAUERN (KURZREISEN)

Welpolice-Nr.:	
----------------	--

Machen Sie bitte nachfolgende Angaben, wenn das jährliche Reiseaufkommen über 1.000 Tagen liegt:

Angabe zu den jährlich anfallenden Reisetagen:

Kalenderjahr	Anzahl Reisetage

Hinweise:

- Die jährliche Kurzreiseprämie beträgt mindestens 300,- Euro (entspricht 1.000 versicherten Reisetagen).
- Für jede weiteren angefangenen 100 Reisetage steigt die Kurzreiseprämie um 30,- Euro.
- Bei unterjährigem Vertragsbeginn wird die Kurzreiseprämie anteilig für jeden angefangenen Monat berechnet.
- Die Kurzreiseprämie wird immer mit der Januar – Beitragsrechnung eines jeden Kalenderjahres erhoben.
- Sollte sich die Anzahl der Kurzreisetage im Laufe der Vertragszeit ändern, so ist dieses dem Versicherer bis zum 31.03. des laufenden Kalenderjahres mitzuteilen. Andernfalls bleibt die Pauschale des Vorjahres bestehen. Eine Korrektur erfolgt nach dem 31.03. nur noch mit der Endabrechnung.
- Eine genaue Endabrechnung erfolgt nach Erhalt der Meldung der tatsächlich angefallenen Reisetage. Diese Meldung muss bis zum 31.03. des Folgejahres beim Versicherer vorliegen. Sollte bis 31.03. keine Meldung vorliegen, so gehen wir davon aus, dass die Pauschale den tatsächlich angefallenen Reisetagen entspricht. Eine Korrektur erfolgt nach dem 31.03. nicht mehr.

_____, den _____

(Name und Unterschrift des Versicherungsnehmers)

Anlage 3

Erklärungen zum elektronischen Versand der Beitragsrechnung in Ergänzung zum Weltpolice-Gruppenversicherungsvertrag

Die für den oben genannte Weltpolice-Vertrag zu erstellenden Beitragsrechnungen sollen vom Versicherer auf elektronischem Weg an den Versicherungsnehmer oder den betreuenden Vermittler/Makler gesendet werden.

Angaben zum Zustellungsweg der Beitragsrechnungen:

✔ Versand der Beitragsrechnung ausschließlich als PDF-Dokument per E-Mail.
Der Versand als PDF-Dokument soll an nachstehende E-Mail-Adresse (nur 1 fest definierte E-Mail-Adresse ist möglich) erfolgen:

✔ _____

Bitte beachten Sie:

Der Versand von Informationen per E-Mail ist kein sicherer (verschlüsselter) Kommunikationsweg. Die Barmenia haftet nicht für Datenverluste oder Zugriff unberechtigter Dritter. Mit Ihrem ausdrücklichen Wunsch des E-Mail-Versandes akzeptieren Sie diese Bedingungen.

Unsere Mail-Gateways für den externen Mailverkehr verfügen über eine zertifikatsbasierte Verschlüsselung mittels Transport Layer Security (TLS) zur sicheren Datenübertragung. Bei dem von uns eingesetztem Zertifikat handelt es sich um ein Verisign-Zertifikat.

Um eine ordnungsgemäße Zustellung zu gewährleisten fügen Sie bitte folgende E-Mail-Adresse als vertrauenswürdigen Absender in Ihre Empfängerliste ein: post@weltpolice.com

_____, den _____

(Name und Unterschrift des Versicherungsnehmers)

Anlage 4

Widerrufsbelehrung / Widerrufsrecht / Widerrufsfolgen

Widerrufsrecht

Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. per Brief, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt, nachdem der Versicherungsnehmer diesen Vertrag, die weiteren Informationen gem. § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1-4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung in Textform erhalten hat.

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

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

E-Mail: post@weltpolice.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, 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 Betrag in Höhe der Anzahl Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit den gemeldeten Personen und dem jeweiligen Tagesbeitrag bzw. dem Monatsbeitrag für die Kurzreisen.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers erlischt, wenn der Vertrag auf seinen ausdrücklichen Wunsch sowohl von ihm als auch von dem Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

Ende der Widerrufsbelehrung

Anlage 5

Verpflichtung zum Datenschutz

In der Anlage erhalten Sie das Formular „Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen des Versicherten im Rahmen der Welpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“ sowie das Hinweisblatt „Hinweise zum Datenschutz für Versicherte der Welpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“.

Personengruppe 1 (Personen, die nicht namentlich zum Vertrag zu melden sind):

Personen, die sich auf kurzfristigen Dienstreisen befinden und nicht namentlich zum Vertrag zu melden sind, geben die „Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen des Versicherten im Rahmen der Welpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“ bei einem eventuellen Leistungsauftrag mithilfe des an die Barmenia gerichteten Erstattungsantrages ab. Sollte die Erklärung nicht Teil der eingereichten Schadenunterlagen sein, fordert die Barmenia diese bei den nicht namentlich gemeldeten Personen zur weiteren Schadenbearbeitung an.

Personengruppe 2 (Personen, die namentlich zum Vertrag zu melden sind):

Bitte informieren Sie die einzelnen Personen, die im Rahmen der Welpolice versichert werden sollen, gemäß Ihrer im Vertrag übernommenen Verpflichtung, über die Zusammenarbeit mit der Barmenia Krankenversicherung AG und händigen Sie diesen das Hinweisblatt „Hinweise zum Datenschutz für Versicherte in der Welpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“ aus. Holen Sie bitte gemäß der vertraglichen Regelung zudem vor Reisebeginn deren Unterschriften unter dem Formular „Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen des Versicherten im Rahmen der Welpolice - Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte“ ein und bewahren Sie dieses Formular zu Nachweiszwecken auf (z.B. in der Personalakte).

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 07:00 - 20:00 Uhr und samstags
von 09:00 - 15:00 Uhr unter 0202 438-3303

Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen des Versicherten im Rahmen der Weltpolice – Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte

Wir weisen darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten sowie nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und damit eine Leistungserstattung im Rahmen des von Ihrem Arbeitgeber abgeschlossenen Weltpolice-Vertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Einwilligung in die Übermittlung von Gesundheitsdaten sowie Daten im Sinne des § 203 StGB an Assistance-Dienstleister und Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Barmenia Krankenversicherung AG zur weltweiten Erbringung der mitversicherten Assistanceleistungen in Form von allgemeinen medizinischen Informationen, Vermittlung medizinischer Leistungsträger zur ambulanten und stationären Behandlung, Organisation von Notfalltransporten, Kostenverauslagung und Kostenprüfung, Übermittlung von Notfallbotschaften und Hilfestellung bei der Medikamentenbeschaffung mit der International SOS GmbH und der Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH als spezialisierte Dienstleister zusammenarbeitet. Die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung AG geben ausdrücklich keine Gesundheitsdaten an den Arbeitgeber weiter.

Ich bin in Kenntnis dieser Sachlage damit einverstanden, dass der von meinem Arbeitgeber im Rahmen des Weltpolice-Vertrages für die Erbringung der Assistanceleistungen ausgewählte Dienstleister anlässlich einer in meinem Interesse erfolgenden Leistungsanfrage bzw. Leistungsanspruchnahme zur Prüfung des bestehenden Versicherungsschutzes von meinem Arbeitgeber (als Versicherungsnehmer) und der Barmenia Krankenversicherung AG meine Meldedaten sowie weitere für die Leistungserbringung erforderliche Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, erhebt bzw. entgegennimmt und diese Daten speichert. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung AG sowie die Mitarbeiter meines Arbeitgebers im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und die Mitarbeiter der Krankenversicherung auch hinsichtlich der Weitergabe von geschützten Daten im Sinne des § 203 Strafgesetzbuch von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin des Weiteren damit einverstanden, dass der Dienstleister diese Daten an Ärzte, Zahnärzte, medizinisches Personal/Pflegepersonal, Krankenhäuser, Angehörige anderer Heilberufe sowie sonstige Leistungserbringer übermittelt, soweit dies für die Erbringung versicherter Leistungen erforderlich ist. Mein Einverständnis erstreckt sich zudem auf die Erhebung von Abrechnungs-, Gesundheits- und Behandlungsdaten durch den Dienstleister bei Ärzten, Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten und Angehörigen anderer Heilberufe und deren Speicherung, damit die von medizinischen Leistungsträgern erbrachten Leistungen geprüft, gegenüber der Barmenia Krankenversicherung AG belegt und hierfür verauslagte Kosten mit dem Versicherer abgerechnet werden können.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, 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 eine Versicherung im Rahmen des von Ihrem Arbeitgeber abgeschlossenen Weltpolice-Vertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Barmenia Krankenversicherung AG selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG (siehe unter 3.)

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Es kann zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Barmenia Krankenversicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen später im Einzelfall erteilen und erklären dazu:

Ich wünsche, dass mich die Barmenia Krankenversicherung AG in jedem Fall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Barmenia Krankenversicherung AG einwillige oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Auch dafür bedarf die Barmenia Krankenversicherung AG einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.
 Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu sechs Wochen vor meiner Entsendung an die Barmenia Krankenversicherung AG übermittelt werden.
 Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Barmenia Krankenversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG.

Die Barmenia Krankenversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen (S. 3) vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

WP-Nr.(Vertragsnr.):	Arbeitgeber:
Reiseland:	
Name, Vorname der versicherten Person(en):	Geburtsdatum:
	Geburtsdatum:
	Geburtsdatum:
	Geburtsdatum:
E-Mail:	

 Ort, Datum Unterschrift der versicherten Person (Mitarbeiter)

 Ort, Datum Unterschrift der mitversicherten Person
 (Angehörige), frühestens ab Vollendung des 16.
 Lebensjahres.

 Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters*

 Ort, Datum Unterschrift der mitversicherten Person
 (Angehörige), frühestens ab Vollendung des 16.
 Lebensjahres.

 Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters*

 Ort, Datum Unterschrift der mitversicherten Person
 (Angehörige), frühestens ab Vollendung des 16.
 Lebensjahres.

 Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters*

* Bei Personen unter 16 Jahren ist die Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter/s erforderlich. Gleiches gilt für mitversicherte Personen, die nicht über die erforderliche Einsichtsfähigkeit verfügen

Dienstleister und Auftragnehmer der Barmenia Krankenversicherung AG

Barmenia-Unternehmen, die gemeinsame Verarbeitungsverfahren für Kundenstammdaten nutzen

Barmenia Krankenversicherung AG (Barmenia Kranken)

Einzelnenennung von Dienstleistern, die nach Bedarf personenbezogene Daten für die Barmenia verarbeiten

Auftraggeber	Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck	Gesundheitsdaten
Barmenia Kranken	almeda GmbH	Medizinisches Telefon	ja
	Anycare GmbH	Disease-Management-Programme	ja
	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung	ja
	Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)	ja
	Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)	ja
	Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)	ja
	IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	teilweise
	Indento GmbH	Zahnmedizinisches Management	nein
	International SOS Emergency Services GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)	ja
	HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme	ja
	Kneier Consult GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)	ja
	Johanniter Unfall-Hilfe e. V.	Hilfe- und Beratungsleistungen zum Pflegefall	teilweise
	LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture	ja
	MedicalContact AG	Disease-Management-Programme	ja
	MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung	ja
	MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle	ja
	Quality Smile GmbH	Zahnmedizinisches Management	nein
	Savitar Group Ltd.	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)	ja
	West Assistance Medical Management Turkey & Egypt	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)	ja
	ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	teilweise
	TeleClinic GmbH	Telemedizinische Beratung	nein
	myClimate gGmbH	CO2-Kompensation	nein
	eKomi Limited	Bewertungsplattform für Kundenzufriedenheit	nein
	Vivy GmbH	Elektronische Gesundheitsakte	ja

Kategorien von Dienstleistern, die nach Bedarf personenbezogene Daten für die Barmenia verarbeiten

Auftraggeber	Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck	Gesundheitsdaten
alle Barmenia-Versicherungsunternehmen	IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software	teilweise
	Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachten-Prüfung	ja
	Rechtsanwälte	Juristische Unterstützung, Forderungseinzug, Erstellung von Kaufverträgen	teilweise
	Sachverständige, Gutachter	Leistungs-/Schadenbearbeitung, Objektbewertung in Zusammenhang mit Baufinanzierungsdarlehen	teilweise
	Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektr. Datenträger)	nein

Hinweise zum Datenschutz für Versicherte in der Weltpolice – Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Entsandte

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

Der Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle lauten wie folgt:

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 438-00
E-Mail: info@barmenia.de

Den **Datenschutzbeauftragten** des vorgenannten Unternehmens 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](https://www.datenschutz.barmenia.de) abrufen.

Wir verarbeiten, erheben und speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Rechnungserstellung 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. Wir erheben und speichern Angaben zu Ihrer Person und ggf. zu einem uns gemeldeten Versicherungs- bzw. Schadenfall u. a., um die Versicherungsleistung an den berechtigten Anspruchsinhaber auskehren zu können.

Die Durchführung des von Ihrem Arbeitgeber abgeschlossenen 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.

Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns basieren auf der Rechtsgrundlage des Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO und ist zur Wahrung unseres berechtigten Interesses an der Durchführung und Abwicklung des Versicherungsvertrages, insbesondere zur Prüfung und Bearbeitung von Ihnen zu Gute kommenden Leistungsansprüchen erforderlich. Zudem kann die Nutzung Ihrer Daten zur Verhinderung, Aufklärung und Erfassung von Straftaten erforderlich sein. Insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

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 Verhinderung, Aufklärung und Erfassung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten 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](https://www.datenschutz.barmenia.de) zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

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 Liste auf Seite drei dieser Unterlagen entnehmen oder in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [datenschutz.barmenia.de](https://www.datenschutz.barmenia.de) einsehen.

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.

Betroffenenrechte

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

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.