

Krankheitskosten-Tarif NAAV Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer

(Stand: 01.08.2014)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer (AVB/NAAV 2009)

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif NAAV

Der Versicherungsschutz

- § 1
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 Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen.
 2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
 3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
 4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf den vorübergehenden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich der Länder, die bei Ein- und Ausreise durchreist werden. Er kann durch besondere Vereinbarung auf den vorübergehenden Aufenthalt in anderen Ländern ausgedehnt werden, ausgenommen dem Heimatland. Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Ländern, die einen Zeitraum von 6 Wochen nicht überschreiten, besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- § 2
Beginn des Versicherungsschutzes**
1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Meldung zum Gruppenversicherungsvertrag bezeichneten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor
 - a) Ausreise aus dem Heimatland,
 - b) Beginn des Gruppenversicherungsvertrages,
 - c) Ablauf von Wartezeiten.
 2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- § 3
Wartezeiten und Gesundheitsprüfung**
1. Der Versicherer verzichtet auf eine Gesundheitsprüfung.
 2. Auf eine allgemeine Wartezeit wird verzichtet. Eine besondere Wartezeit von acht Monaten vom Versicherungsbeginn an gilt jedoch für Entbindungen.
- § 4
Umfang der Leistungspflicht**
1. Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung.
 2. Den versicherten Personen steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
 3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Heilmittel müssen von Ärzten oder staatlich geprüften Angehörigen von Heilhilfsberufen (z. B. Masseurern) erbracht werden.
 4. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
 5. Für medizinisch notwendige Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und 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 Erfolg versprechend 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.
7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
8. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
9. Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - b) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - c) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - d) für Kosten psychoanalytischer oder psychotherapeutischer Behandlung;
 - e) für Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, die als Geheimmittel gelten (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Weine, Mineralwässer und Badesubstanzen;
 - f) für Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte sowie Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung 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. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
3. Die Rechnungen sind im Original oder als Zweitschrift, letztere mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen versehen, einzureichen. Die Belege der Behandelnden müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die Bezeichnung der einzelnen ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen mit Ziffern der Gebührenordnung sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.
4. Arzneimittel- und Verbandsmittelverordnungen sind zusammen mit den dazugehörigen Rechnungen des Behandelnden einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandelnden vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss von der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heilmittel sind zusammen mit der Verordnung des Behandelnden einzureichen. Die Verordnung muss den Namen der behandelten Person und die Krankheitsbezeichnung enthalten.
5. Der Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist durch eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, die amtliche Sterbeurkunde und Kostenbelege zu begründen.
6. Der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist durch eine ärztliche Bescheinigung, aus der die Notwendigkeit des Krankentransportes ersichtlich ist, zu begründen.
7. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

8. Die versicherte Person hat gegen den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen.
9. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank. Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
10. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von der Leistung abgezogen werden. Uberweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
11. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

**§ 7
Ende des Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem in der Meldung zum Gruppenversicherungsvertrag bezeichneten Versicherungsende, jedoch spätestens mit der Einreise in das Heimatland, mit Beendigung des Rücktransportes oder mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.
2. Ist zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Gruppenversicherung eine Behandlung noch nicht abgeschlossen, so verlängert sich die Leistungspflicht für diesen Versicherungsfall um vier Wochen.
3. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 15, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats vom Zugang der Anderungsmittelteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

**§ 8
Beitragszahlung**

1. Der Beitrag für die zu versichernde Person ist am gleichen Tag, an dem aufgrund des Gruppenversicherungsvertrages die Anmeldung erfolgt, fällig. Folgebeiträge haben ihre Fälligkeit jeweils zum Ersten der folgenden Monate. Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages können davon abweichende Zahlungsmodalitäten vereinbart werden.
2. Zahlt der Versicherungsnehmer den Beitrag für den Erstbestand oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, kann das unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Werden Folgebeiträge nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer eine Zahlungsfrist bestimmen. Der Versicherer ist nach Ablauf dieser Frist von der Verpflichtung zur Leistung frei und ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn er den gesetzlichen Vorschriften entsprechend gemahnt hat.

**§ 8a
Beitragsberechnung**

1. Die Berechnung des Beitrags erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarif NAAV, wenn der Beitrag geschlechtsunabhängig erhoben wird. Als das Alter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der betreffenden Person.
3. Der Beitrag für Kinder gilt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach dem Monat der Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Erwachsenen-Beitrag des jeweiligen Geschlechts zu zahlen. Wird der Beitrag für Tarif NAAV geschlechtsunabhängig erhoben, ist mit dem Monat der Vollendung des 18. Lebensjahres der Erwachsenen-Beitrag zu zahlen.

**§ 9
Obliegenheiten**

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 7) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Sie haben insbesondere den Versicherer zu bevollmächtigen, jederzeit alle für erforderlich erachteten Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten usw.) einzuholen und diese von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zu entbinden.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

**§ 10
Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

**§ 11
Obliegenheiten und Folgen
bei Obliegenheitsver-
letzungen bei Ansprüchen
gegen Dritte**

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

Sonstige Bestimmungen

**§ 12
Fortführung als Einzelversiche-
rung**

1. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses infolge Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis kann die versicherte Person – sofern sie jeweils mindestens drei Monate ununterbrochen im Gruppenversicherungsvertrag versichert war – die Umwandlung der bisherigen Gruppenversicherung in eine Einzelversicherung nach einem entsprechenden für das Neugeschäft offenen Tarif des Versicherers und den dafür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen beantragen. Soweit sich keine Mehrleistungen ergeben, werden Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Laufzeit der Gruppenversicherung aufgetreten sind, ohne Gesundheitsprüfung in den Versicherungsschutz übernommen. Bestehende besondere Vereinbarungen bleiben dabei in Kraft.
2. Der Antrag auf Umwandlung muss spätestens zum Ablauf des Monats nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag oder nach dessen Beendigung gestellt werden.
3. Bei der Umwandlung in eine Einzelversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Fristen und Wartezeiten in der Einzelversicherung angerechnet.

**§ 13
Willenserklärungen und
Anzeigen**

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, soweit nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.
2. Willenserklärungen können rechtswirksam auch gegenüber der versicherten Person abgegeben werden, sofern sie ihr Versicherungsverhältnis betreffen.

**§ 14
Gerichtsstand**

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

**§ 15
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen
und der Beiträge**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Tarif NAAV können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

**§ 14
Fälligkeit der Geldleistung**

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 37

Zahlungsverzug bei Erstprämie

1. Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

§ 38

Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86

Übergang von Ersatzansprüchen

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

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1

Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts gründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

Teil II
der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
Dieser Tarif ist nur in Verbindung mit Teil I der AVB/NAAV 2009 gültig

Der Versicherungsschutz

A. Aufnahmefähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ohne ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Versichert werden Personen, die zeitweilig in der Bundesrepublik Deutschland in einem ausländischen Unternehmen oder einem Tochterunternehmen eines ausländischen Unternehmens beschäftigt sind, sowie deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) und Kinder, letztere ab dem vollendeten 21. Lebensjahr jedoch nur, wenn sie sich in der Schul- oder Hochschulausbildung befinden.

Als Versicherungsnehmer tritt die Firma auf.

B. Versicherungsdauer

Die Dauer des Versicherungsschutzes beträgt maximal 5 Jahre. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes kann im Einzelfalle vereinbart werden.

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe NAAV

1. Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Nach Tarifstufe NAAV zu 100 % erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) ärztliche Behandlung;
- b) Arznei- und Verbandmittel;
- c) Heilmittel (Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen);
- d) Hilfsmittel, und zwar für Sehhilfen (bis 127,82 EUR Rechnungsbetrag), Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausführung;
- e) allgemeine Krankenhausleistungen im Falle einer stationären Behandlung;
- f) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparatur von Zahnprothesen;
- g) notwendiger Krankentransport zum nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus.

Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung gelten tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.

In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie die Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

2. Krankenrücktransport

Der Versicherer ersetzt die Kosten, die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport eines Erkrankten in sein Heimatland entstehen, wenn der Versicherer vor dem Rücktransport eine Leistungszusage erteilt hat.

3. Leistung im Todesfall

Im Fall des Ablebens des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Überführung zum Wohnort des Versicherten oder die Bestattungskosten am Sterbeort bis zu jeweils einem Höchstbetrag von 5.120 EUR.