



UKV

Stark für mich.

AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG

Unser Schutz für Ihre Reise.

Einmalschutz für bis zu 365 Tage (AKE-16)
für Inhaber der Kreditkarte Gold.

Unser Einmalschutz begleitet Sie: 365 Tage lang.

SCHUTZ VOR BÖSEN ÜBERRASCHUNGEN

Starten Sie entspannt in den Urlaub. Eins gehört dabei unbedingt mit ins Gepäck: Ihr ganz persönlicher Auslandsreisenschutz. Denn vor einem Unfall oder einer ernsthaften Erkrankung im Urlaub ist niemand sicher. Gut zu wissen, dass Sie dann nicht auf eine professionelle ärztliche Behandlung verzichten müssen.

100 PROZENT KOSTENERSTATTUNG

- › für ambulante und stationäre Behandlungen sowie für erforderliche Arzneimittel
- › für Heilmittel und Hilfsmittel
- › für schmerzstillende Zahnbehandlungen, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung und Reparaturen von Prothesen sowie für provisorischen Zahnersatz
- › für einen medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus oder Arzt – auch bei medizinisch notwendigem Hubschraubertransport
- › für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport
- › für die Bestattung im Ausland oder die Überführung im Todesfall
- › für Beratungen und Behandlungen durch Heilpraktiker, Osteopathen und Chiropraktiker
- › für die Mitaufnahme einer Begleitperson bei stationären Aufenthalten von Minderjährigen
- › für Such-, Rettungs- oder Bergungskosten bis maximal 2.500 Euro, bei anschließendem stationären Aufenthalt

FÜR REISEN BIS MAXIMAL 60 TAGE

Dann reicht der Versicherungsschutz Ihrer Kreditkarte Gold. Die Karte versichert Sie auf jeder Ihrer Reisen – auch wenn es mehrere pro Jahr sind.

Es handelt sich um Tarifauszüge; Grundlage für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif.

Wir sind sofort für Sie da, auch wenn Sie ganz weit weg sind.

FINANZIELL GESUND BLEIBEN IM AUSLAND

Grenzenloser Service – rund um die Uhr

- › Wir nennen Ihnen Ärzte und Krankenhäuser im Ausland.
- › Wir organisieren für Sie den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport aus dem Ausland.
- › Vor und während Auslandsreisen stehen wir Ihnen mit medizinischen Auskünften zur Seite.
- › Falls eine Behandlung im Krankenhaus oder ein Rücktransport erforderlich werden, informieren Sie bitte unbedingt vorher unseren Notruf-Service. Wir kümmern uns um die Kostenübernahme.



**Unseren 24-Stunden-Notruf-Service erreichen
Sie nahezu weltweit sieben Tage die Woche.**

Für Anrufe aus dem Ausland: **00800 8440-8440**
(keine Landesvorwahl notwendig).*

Führt diese Nummer nicht zum Ziel oder rufen Sie aus dem Inland an, wählen Sie bitte: **+49 211 5363-158.****

* Aus dem Festnetz gebührenfrei, aus deutschen Mobilfunknetzen höchstens 0,42 Euro pro Minute; Kosten für Anrufe aus ausländischen Mobilfunknetzen können abweichen.

** Gebührenpflichtig.

Ihre Beiträge

Beiträge***

Alter	vom 61. bis zum 365. Tag der Reise
0–64	2,60 Euro pro Tag und pro Person
Ab 65	16,95 Euro pro Tag und pro Person



Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB / AK-16) und dem Tarif AKE-16 Auslandsreise-Krankenversicherung (Seite 19) gelten die oben abgedruckten Beiträge.

Was tun im Versicherungsfall?

Im Versicherungsfall senden Sie bitte die Rechnungen unter Angabe des Reiselandes an die Union Krankenversicherung AG, 66099 Saarbrücken, gerne auch per Mail an service-leistung@ukv.de. Nur dann ist eine Erstattung der Kosten gewährleistet. Lesen Sie hierzu auch im Anhang unter „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AK-16)“ Nr. 5: „Was tun im Schadenfall?“.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Ansprechpartner vor Ort.

*** Für diesen Vertrag fällt keine Versicherungssteuer an. Grundlage für Vertragsabschlüsse ab dem 01.01.2022 ist § 4 Abs. 1 Nr. 5 b VersStG.

BITTE BEACHTEN SIE

- › Versichert werden kann, wer seinen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.
- › Die Höchstversicherungsdauer beträgt 365 Tage.
- › In der Bundesrepublik Deutschland besteht kein Versicherungsschutz.
- › Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden.
- › Den genauen Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Tarif auf den nächsten Seiten.
- › Falls Sie uns Erklärungen zu Ihrem Vertrag schicken, können Sie von diesen jederzeit Kopien erhalten.
- › Ist die tatsächliche Reisedauer kürzer als die im Versicherungsschein angegebene, können überzahlte Beiträge aus Kostengründen erst ab 10 Euro zurückgezahlt werden. Bitte reichen Sie uns in diesem Fall Nachweise für die Ein- und Ausreise (z. B. Boarding Pass, Kopie des Flugtickets) ein.

Sie können eine bei der UKV bereits bestehende Auslandsreise-Krankenversicherung verlängern.

BERATUNGSDOKUMENTATION UND WIDERRUFSBELEHRUNG

Beratungsergebnis und Empfehlung gemäß Beratungspflicht nach § 6 VVG: Sie interessieren sich für eine Auslandsreise-Krankenversicherung zur Absicherung im Fall von Behandlungskosten und Rücktransport bei Auslandsreisen bis zu 365 Tagen Dauer. Ihrem Wunsch entspricht dieser Tarif.

Bitte beachten Sie die Widerrufsbelehrung auf den Seiten 7–8.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif AKE-16. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/AK-16 und dem Tarif AKE-16 sowie dem Versicherungsantrag (Überweisungsauftrag) und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Auslandsreise-Krankenversicherung für aus der Bundesrepublik Deutschland ausreisende Personen. Die Versicherung gilt für einen einzelnen, konkret terminierten Auslandsaufenthalt mit einer Maximaldauer von 365 Tagen.



Was ist versichert?

- ✓ Medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- ✓ Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen
- ✓ Arznei- und Verbandmittel
- ✓ Heil- und Hilfsmittel
- ✓ Leistungen eines Heilpraktikers, Chiropraktikers und Osteopathen
- ✓ Krankenhausaufenthalt, inkl. Operationen
- ✓ Vom Krankenhaus berechnete Kosten
- ✓ Schmerzstillende Zahnbehandlung
- ✓ Such-, Rettungs- oder Bergungskosten
- ✓ Medizinisch notwendiger Transport zum nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus
- ✓ Medizinisch sinnvoller Rücktransport nach Deutschland



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Heilbehandlung auf Reisen, die vor Versicherungsbeginn (Beitragszahlung) begonnen wurden
- ✗ Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten
- ✗ Aufwendungen auf Grund von Schwangerschaft und Entbindung (ausgenommen Schwangerschaftskomplikationen)
- ✗ Heilbehandlungen im Ausland, die der Grund für den Reiseantritt waren
- ✗ Psychotherapie
- ✗ Kur, Sanatoriums- und Reha-Behandlungen
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in Nr. 7 des Tarifs und in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/AK-16).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Aufwendungen unterliegen den im Tarif aufgeführten Erstattungsbeschränkungen.
- ! Versichert ist nur der konkret terminierte Auslandsaufenthalt mit einer Maximaldauer von 365 Tagen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht weltweit während des konkret terminierten, vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Im Versicherungsfall sind Sie auf Verlangen des Versicherers zudem zur Mitwirkung und zur Minderung des Schadens verpflichtet.
- Eine Verletzung Ihrer Verpflichtungen kann dazu führen, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt.
- Für mitversicherte Personen gilt das entsprechend.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und bei Vertragsabschluss fällig.
- Der Beitrag wird per SEPA-Überweisungsauftrag oder durch Einzahlung beim Kreditinstitut gezahlt.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt, frühestens mit der Beitragszahlung. Der Beginn und die Dauer sind im Versicherungsantrag (Überweisungsauftrag) und im Versicherungsschein ausgewiesen.
- In diesem Tarif gibt es keine Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz endet
 - mit Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland
 - mit Überschreitung der versicherten Dauer eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes
 - wenn der Wohnsitz in Deutschland aufgegeben wird
 - wenn die versicherte Person stirbt



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Bei vorzeitiger, nachgewiesener Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland kann der Vertrag zum Zeitpunkt der Rückkehr beendet werden.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Union Krankenversicherung AG
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch
Isabella Martorell Naßl (Vorstandsvorsitzende),
Martin Fleischer und Katharina Jessel
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
E-Mail: service@ukv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe des vereinbarten Beitrages pro Tag, multipliziert mit der Anzahl der Kalendertage, gerechnet vom Versicherungsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs beim Versicherer. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder Gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

Informationspflichten bei allen Versicherungsweigen (§ 1 VVG-InfoV)

1. Informationen zum Versicherer

Versicherungsunternehmen

UKV – Union Krankenversicherung AG
Registergericht Saarbrücken HRB 7184
Ust. Ident. Nr.: DE138118055

Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Peter-Zimmer-Str. 2, 66123 Saarbrücken
Telefon (0681) 844-0
www.ukv.de, service@ukv.de

Vorstand: Isabella Martorell Naßl (Vorsitzende), Martin Fleischer, Katharina Jessel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Andreas Kolb

Hauptgeschäftstätigkeit

Der Schwerpunkt unserer Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung auf der Basis privatrechtlicher, schuldrechtlicher Verträge.

Gesetzlicher Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist.

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Unser Unternehmen gehört dem Sicherungsfonds an.

2. Informationen zur angebotenen Versicherungsleistung

Vertragsgrundlagen

Diesem Versicherungsvertrag liegen die AVB/AK-16 und die Tarifbedingungen AKE-16 zu Grunde.

Versicherungsart

Als Produkt wurde eine Auslandsreise-Krankenversicherung nach dem Tarif AKE-16 gewählt.

Dabei handelt es sich um eine Auslandsreise-Krankenversicherung, die Leistungen erbringt für ambulante und stationäre Heilbehandlungen bei Krankheiten oder Unfällen auf Auslandsreisen bis zu einer Dauer von 365 Tagen je Auslandsaufenthalt.

Versicherte Leistungen

In diesem Versicherungsvertrag sind eine Reihe von versicherten Leistungen enthalten, die wir Ihnen nachstehend näher erläutern wollen:

Der Tarif AKE-16 umfasst erstattungsfähige Leistungen für medizinisch notwendige Behandlungen.

Ambulante Heilbehandlung

- die Behandlung als Privatpatient beim Arzt, Heilpraktiker, Osteopathen oder Chiropraktiker Ihrer Wahl im Ausland
- von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel
- von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnete Hilfsmittel
- von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnete Heilmittel
- Druckkammerbehandlung bei Tauchunfällen
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt

Stationäre Heilbehandlung

- Behandlung, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus Ihrer Wahl im Ausland
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus
- Auszahlung eines Krankenhaustagegeldes in Höhe von höchstens 30 Euro pro Tag, sofern ein anderer Kostenträger (z. B. GKV) die Kosten der stationären Behandlung ganz oder teilweise übernimmt

Zahnärztliche Heilbehandlung

Schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, provisorischen Zahnersatz sowie Reparaturen von Prothesen

Rücktransport und Überführung

- medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport aus dem Ausland
- Bestattung im Ausland oder Überführung im Todesfall

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden; b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Assistance-Leistungen

- Benennung von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland
- Organisation des medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransports aus dem Ausland
- Organisation und Notfallbetreuung von minderjährigen Kindern vor Ort
- medizinische Auskünfte und Ratschläge vor und während Auslandsreisen

Beitrag

für Personen bis zu 64 Jahren:

0,90 Euro pro Tag und pro Person – vom 1. bis zum 56. Tag

2,60 Euro pro Tag und pro Person – vom 57. bis zum 365. Tag der Reise

für Personen ab 65 Jahren:

2,30 Euro pro Tag und pro Person – vom 1. bis zum 56. Tag

16,95 Euro pro Tag und pro Person – vom 57. bis zum 365. Tag der Reise

Beispiel für eine Beitragsberechnung:

Max Mustermann (40 Jahre) plant eine Reise mit seinem Vater (67 Jahre) eine Auslandsreise von 10 Tagen.

Beitragsberechnung: Personen bis 64 Jahre

für die ersten 56 Tage: 0,90 Euro x 56 Tage = 50,40 Euro

jeder weitere Tag: 2,60 Euro x 14 Tage = 36,40 Euro

Beitragsberechnung: Personen ab 65 Jahren

für die ersten 56 Tage: 2,30 Euro x 56 Tage = 128,80 Euro

jeder weitere Tag: 16,95 Euro x 14 Tage = 237,30 Euro

Gesamtbeitrag: 452,90 Euro

Für diesen Vertrag fällt keine Versicherungssteuer an. Grundlage für Vertragsabschlüsse ab dem 01.01.2022 ist § 4 Absatz 1 Nr.5b VersStG.

Der Vertrag kommt mit Abgabe des Überweisungsauftrages bzw. der Einzahlung des Beitrages zustande.

Nähere Informationen zur Beitragszahlung finden Sie in den AVB/AK-16 Punkt 2.2.

Fälligkeit und Leistungserfüllung

Leistungspflicht für den Versicherer besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z.B. der Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind.

Unsere Geldleistungen sind fällig, wenn wir die notwendigen Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und zum Umfang unserer Leistungspflicht durchgeführt haben. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Wurde der Anspruch auf Auszahlung der Geldleistung bei uns eingereicht, so wird der Lauf der Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder der bezugsberechtigten versicherten Person unsere Entscheidung in Textform zugeht.

Zusätzliche Kosten

Beiträge für Versicherungen sind umsatzsteuerfrei. Zusätzliche Kosten können entstehen, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird (z. B. Rückläufe aus Lastschriftverfahren, Übersetzungsgebühren). In solchen Fällen können wir eine Gebühr gesondert in Rechnung stellen.

Wir unterhalten keine Telekommunikationsanschlüsse, für die Sie über die üblichen Grundtarife hinausgehende Nutzungsgebühren zahlen müssten.

Zahlung und Erfüllung des Beitrags

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages für die gesamte Versicherungsdauer zu zahlen. Der Vertrag kommt mit Abgabe des Überweisungsauftrages bzw. der Einzahlung des Beitrages (Datumstempel des Geldinstituts ist maßgebend) zustande, sofern der ordnungsgemäß ausgefüllte Antrag/Überweisungsauftrag beim Versicherer eingeht und die Überweisung durch das Geldinstitut ausgeführt wurde.

Ein Lastschrifteinzugsverfahren ist bei diesem Tarif nicht möglich.

Gültigkeitsdauer dieser Information

Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung stehenden Informationen ist, vorbehaltlich Gesetzes-, Tarif- oder Beitragsänderungen nicht befristet.

3. Informationen zum Versicherungsvertrag

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.

Widerrufsrecht und -folgen

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) zu widerrufen. Die Frist beginnt mit dem Erhalt der Vertragsbestimmungen, sowie sonstiger Informationsunterlagen inkl. der Belehrung über das Widerrufsrecht. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an das Versicherungsunternehmen (Anschrift siehe vorne unter dem Punkt „Ladungsfähige Anschrift des Versicherers“).

Im Falle eines Widerrufs wird der Vertrag zum Zeitpunkt des Eingang des Widerrufs bei uns beendet. Auf die uns zustehenden Beiträge für die Dauer des Versicherungsvertrages verzichten wir aus Kulanzgründen. Zu viel gezahlte Beiträge erstatten wir Ihnen innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung des Vertrages.

Laufzeiten

Die Vertragslaufzeit ist auf die beantragte Versicherungsdauer begrenzt.

Kündigungsbedingungen

Der Vertrag endet mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes unter Berücksichtigung der vorgesehenen maximalen Dauer des Versicherungsschutzes.

Ist die tatsächliche Reisedauer kürzer als die im Versicherungsschein angegebene, können überzahlte Beiträge aus Kostengründen erst ab 10 Euro zurückgezahlt werden.

Anwendbares Recht

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt für diesen Vertrag deutsches Recht. Ansprüche gegen den Versicherer können bei dem Gericht des Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers geltend gemacht werden. Näheres zum Gerichtsstand finden Sie in Nr. 11 AVB/AK-16.

Sprache

Für die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird ausschließlich die deutsche Sprache verwendet.

4. Informationen zum Rechtsweg

Beschwerdestelle

Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Betreuer oder direkt an uns.

Die UKV nimmt am Streitbeilegungsverfahren des Ombudsmann für Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de, teil. Nachdem Sie Ihre Beschwerde erfolglos bei uns geltend gemacht haben, können Sie sich schriftlich an den Ombudsmann wenden.

Das Verfahren ist für Sie kostenlos und unverbindlich.

Haben Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Weg, beispielsweise über eine Webseite oder via E-Mail geschlossen, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr> nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort zunächst an uns und dann an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet. Geben Sie bitte im Beschwerdeformular folgende E-Mail Adresse an: odr-Kommunikation@ukv.de.

Diese E-Mailadresse dient ausschließlich der Kommunikation zwischen der Europäischen Kommission und uns. Wenn Sie direkt mit uns in Kontakt treten wollen, nutzen Sie bitte die allgemeine Kontaktadresse der UKV.

Aufsichtsbehörde

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Beschwerden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de zu richten.

Ihr Recht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB / AK-16)

Stand: 01.06.2022, SAP-Nr. 335597, 06.2022

1. Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

2. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

2.1 Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden.

2.2 Sieht der Tarif die Einzahlung oder Überweisung des Beitrages vor, kommt der Vertrag mit dem Tag der Abgabe des Überweisungsauftrags bzw. der Einzahlung des Beitrages (Datumstempel des Geldinstitutes maßgebend) zustande, sofern der ordnungsgemäß ausgefüllte Antrag/Überweisungsauftrag beim Versicherer eingeht und die Überweisung durch das Geldinstitut ausgeführt wurde.

Sieht der Tarif die Zahlung des Beitrags durch Einzugsermächtigungsverfahren vor, kommt der Vertrag mit dem Tag der Absendung des Antrags (Datum des Poststempels) zustande, sofern der Beitrag eingezogen wird. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über die zu versichernden Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält.

3. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

4. Wann endet der Versicherungsschutz?

4.1 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes unter Berücksichtigung einer eventuell im Tarif vorgesehenen maximalen Dauer des Versicherungsschutzes, spätestens mit Ablauf des Versicherungsvertrages. Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in das Inland.

4.2 Erfordert ein Versicherungsfall, für den Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist eine Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz über den Zeitpunkt der ursprünglichen Beendigung des Versicherungsschutzes (siehe Absatz 1) hinaus, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

5. Was tun im Schadenfall?

5.1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise im Original erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

5.2 Alle Belege müssen enthalten: den Namen des Heilbehandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), die einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten.

Aus den Rezepten müssen die verordneten Medikamente, die Preise und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

5.3 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen aus § 14 Absatz 1 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

5.4 Sieht der Tarif Kostenerstattung bei Krankenrücktransport vor, ist eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung einzureichen aus der hervorgeht, dass der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.

5.5 Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist die amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

5.6 Der Versicherer leistet an den Versicherungsnehmer. Hat der Versicherungsnehmer die versicherte Person für deren Versicherungsleistungen als empfangsbe-

rechtigte Person in Textform gegenüber dem Versicherer bestimmt, so leistet der Versicherer an diese.

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

5.8 Die in Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingeht, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

5.9 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen in das Ausland und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

6. Welche Obliegenheiten sind nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?

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

6.2 Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Insbesondere ist die versicherte Person verpflichtet, Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht abzugeben. Außerdem sind dem Versicherer auf dessen Verlangen Beginn und Ende eines jeden Auslandsaufenthaltes nachzuweisen.

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

7. Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig eine der in Ziffer 6 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

8. Wann endet der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag endet

a) mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, soweit dieser sich hiermit einverstanden erklärt. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit der Vertrag;

b) mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Versicherungsnehmers, sofern keine besonderen Vereinbarungen über die Fortführung getroffen werden. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit der Vertrag.

9. Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

9.1 Hat ein Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gem. § 86 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer in Textform abzutreten.

9.2 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.

9.3 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.

9.4 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.

9.5 Wurde von einem Dritten Schadenersatz nicht versicherungsrechtlicher Art geleistet, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen, soweit der geleistete Schadenersatz und seine Versicherungsleistung zusammen den tatsächlichen Schaden übersteigen würden.

9.6 Erfährt der Versicherer nach Erbringung der Versicherungsleistung davon, dass von einem Dritten Schadenersatz nicht versicherungsrechtlicher Art geleistet wurde, kann er die erbrachte Versicherungsleistung, soweit der geleistete Schadenersatz und seine Versicherungsleistung zusammen den tatsächlichen Schaden übersteigen, zurückfordern.

10. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

11. Gerichtsstand

11.1 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.

11.2 Klagen gegen der Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

11.3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die Bundesrepublik Deutschland oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

12. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, des Tarifs und der Beiträge

12.1 Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif können vom Versicherer zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden, um sie an eine nach Vertragsschluss eingetretene und von keiner der Parteien zu vertretende Änderung vertragsrelevanter Rahmenbedingungen (insbesondere Gesetzesänderungen) anzupassen. Die neuen Versicherungsbedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen.

12.2 Die Versicherungsbeiträge können vom Versicherer zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden, wenn der jährlich vorzunehmende Vergleich zwischen den erforderlichen und den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 % ergibt. Der Versicherer führt die Neukalkulation der Beiträge nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik durch.

12.3 Die Änderungen müssen dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Änderung schriftlich mitgeteilt werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/wenden>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Peter-Zimmer-Straße 2 · 66099 Saarbrücken
Telefon (06 81) 844 7777
service@ukv.de · www.ukv.de

Vorstand

Isabella Martorell Naßl (Vorsitzende),
Martin Fleischer, Katharina Jessel

Handelsregister

Amtsgericht Saarbrücken HRB 7184
Sitz: Saarbrücken

Bankverbindung

SaarLB
IBAN DE21 5905 0000 0007 9000 04
BIC (SWIFT) SALADE55XXX
Versicherungssteuer-Nr.: 814/V90814093888
Gläubiger-ID DE69UKV0000015719

Tarif AKE-16

Auslandsreise-Krankenversicherung

Stand: 01.01.2022, SAP-Nr.: 335591, 12.2021

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AK-16).

1. Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Sind für eine Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nicht gegeben, kommt insoweit trotz Beitragszahlung ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse, die während einer vorübergehenden Auslandsreise auftreten. Er leistet bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

3. Wo besteht der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

4. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen und wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Die Versicherung muss auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen Antrag/Überweisungsauftrag beantragt werden (siehe Ziffer 2 AVB/AK-16).

Der Versicherungsvertrag wird für die im Antrag angegebene Anzahl von Reisetagen abgeschlossen. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 365 Tage.

Sollte sich die Dauer der Reise wider Erwarten verlängern, kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf Antrag in Textform ausgedehnt werden. Dabei besteht jedoch Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum des Poststempels) eingetreten sind.

5. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist

- die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen,
- die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten, notfallbedingten Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten,
- ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport sowie der Tod. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

6. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Röntgen- und Strahlendiagnostik, Strahlentherapie, chirotherapeutische, physiotherapeutische und osteopathische Behandlungen.

Darüber hinaus leistet der Versicherer für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wären.

6.1 Erstattet werden die Aufwendungen für:

- Beratungen und Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten,
- Beratungen und Behandlungen durch Heilpraktiker, Osteopathen und Chiropraktiker,
- Arznei- und Verbandmittel nach Verordnung durch einen Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker.
Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie verordnet sind und heilwirksame

Stoffe enthalten, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.

- durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete Heilmittel: Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen,
- durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete Hilfsmittel (ohne Sehilfen und Hörgeräte), soweit diese erstmals während des Auslandsaufenthaltes erforderlich werden,
- Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie,
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung. Bei stationärer Heilbehandlung eines minderjährigen Kindes werden zusätzlich die Kosten der Mitaufnahme einer Begleitperson erstattet,
- Rettungsdienste (z. B. Kranken-, Unfall-, Rettungswagen oder Rettungshubschrauber) für den medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt nach einem Unfall oder im Notfall. Die Aufwendungen werden ebenfalls übernommen, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Verlegung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus handelt. Erfolgt die Fahrt nicht durch einen Rettungsdienst (z. B. Taxi), ist die Leistung auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt 30 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
- Such-, Rettungs- oder Bergungskosten von öffentlich-rechtlich oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten nach einem Unfall der versicherten Person, wenn im unmittelbaren Anschluss eine stationäre Behandlung stattfindet. Diese Leistungen sind begrenzt auf maximal 2.500 Euro je versicherte Person und Versicherungsfall,
- schmerzstillende Zahnbehandlung durch Zahnärzte und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, die Anfertigung von provisorischem Zahnersatz, sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays),
- für die Behandlung von akuten Belastungsreaktionen durch Ärzte oder Psychotherapeuten zur Vermeidung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Voraussetzung hierbei ist, dass es sich um die Folge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Ereignisses (z. B. Naturkatastrophen, Flugzeugabstürze, Eisenbahnunglücke oder Gewaltverbrechen) handelt. Wir erstatten 5 Sitzungen ohne vorherige Kostenzusage. Voraussetzung für die Kostenübernahme von weiteren Sitzungen ist die Kostenzusage durch den Versicherer oder den Notruf-Service.
- Kinderbetreuungskosten bei minderjährigen Kindern
Aufwendungen für die Notfallbetreuung vor Ort werden erstattet, wenn alle folgenden Voraussetzungen vorliegen:
 - die mitreisenden minderjährigen Kinder müssen beim Versicherer auslandsreisekrankenversichert sein,
 - der Versicherte wird stationär behandelt, zurücktransportiert oder ist verstorben. Der Aufenthalt im Krankenhaus ist medizinisch notwendig und fällt nicht unter Ziffer 7 genannte Versicherungsfälle, für die kein Versicherungsschutz besteht,
 - kein anderer Mitreisender kann die Kinder betreuen,
 - die Kinderbetreuung wird durch den Notruf-Service organisiert.
Erstattet werden die Aufwendungen für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes der versicherten Person. Im Falle des Todes werden die Aufwendungen bis zur Rückkehr der Kinder an ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland übernommen, auch nachweislich entstandene zusätzliche Rückreisekosten der Kinder werden übernommen.
- die nachgewiesenen Telefonkosten für Telefongespräche aus dem Ausland mit dem Versicherer oder mit dem vom Versicherer benannten Notruf-Service. Ersetzt werden maximal 20 Euro je versicherte Person und Auslandsaufenthalt.

6.2 Erstattungsfähig sind die Kosten eines Rücktransports, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles zusätzlich für die Rückkehr ins Inland anfallen. Zusätzlich werden die Kosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.

Voraussetzungen sind, dass:

- der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine stationäre Behandlung voraussichtlich länger als 14 Tage dauert oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden,

- b) der Rücktransport an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare geeignete Krankenhaus erfolgt,
- c) der Rücktransport durch den Versicherer oder den Notruf-Service organisiert werden. Wird weder der Versicherer noch der Notruf-Service mit der Organisation beauftragt, ist die Leistung auf die Kosten begrenzt, die auch bei der Organisation durch den Versicherer oder den Notruf-Service angefallen wären.

6.3 Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

6.4 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Ausland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Psychotherapeuten, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei. Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel können unter den unter 6.1 c, d und e genannten Voraussetzungen erstattet werden.

Bei medizinisch notwendiger, stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

6.5 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger ganz oder teilweise übernommen, zahlt der Versicherer neben den verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhaustagegeld. Das Krankenhaustagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung, höchstens 30 Euro täglich.

Bei stationärer Behandlung kann anstelle jeglicher Kotenerstattung ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro pro Tag gewählt werden.

7. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

7.1 Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde. Unerwartete Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen sind hingegen versichert.
- Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war,
- Krankheiten und Unfälle einschließlich ihrer Folgen sowie für Todesfälle während eines Auslandsaufenthaltes, die durch Kriegereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind. Bei einem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz längstens bis zum Ende des 7. Tages nach Bekanntgabe einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes wegen kriegerischer Ereignisse oder innerer Unruhen, es sei denn, eine Ausreise ist unverschuldet und nachweislich erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen.
- auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht (z. B. Alkohol oder Drogen) beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen,
- Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
- Behandlung durch Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 6 erstattet.
- eine durch Siechtum oder Pflegebedürftigkeit bedingte Behandlung oder Unterbringung.
- Aufwendungen für Schwangerschaften, für Schwangerschaftsabbrüche, Entbindungen sowie für Wochenbettkrankungen und deren Folgen (bis auf die unter 5. b genannten Versicherungsfälle),
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen. Erstattet werden können diese Behandlungen unter den unter 6.1 k genannten Voraussetzungen.

7.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

7.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

7.4 Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

8. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag richtet sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn.

Alter	Beiträge pro Person und Tag	Beiträge pro Person und Tag
ab 64	2,00 Euro	16,95 Euro
ab 65	2,00 Euro	16,95 Euro

Für Inhaber der Kreditkarte Gold gelten abweichend die auf S. 4 aufgeführten Beiträge.

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages für die gesamte Versicherungsdauer zu zahlen.

Die Beiträge sind gemäß § 4 Absatz 1 Nr. 5 b) VersStG von der Versicherungssteuer befreit.

9. Welche Gesundheits-Assistance-Leistungen werden erbracht?

Wir bieten medizinische Hilfe und Beratung vor und während der Reise.

Wir informieren, beraten und leisten aktiv Unterstützung bei persönlichen Notfällen während der Reise, wie bei Krankheit, Unfall oder Tod.

Unsere Beratungs- und Hilfe-Leistungen für Sie:

Vor der Reise – unsere medizinische Reisezielberatung:

- Welche Ziele sind aus medizinischer Sicht sinnvoll?
- Gibt es am Reiseziel eine geeignete medizinische Versorgung?
- Welche Impfungen werden benötigt?
- Gibt es Infektionsrisiken?

Während des Auslandsaufenthaltes – unsere Unterstützung im Leistungsfall:

- Weltweites Arzt- und Krankenhaus-Navis
- Wir geben Auskunft, wo Sie vor Ort die bestmögliche medizinische Versorgung finden.
- Organisation von Rücktransport oder Krankenbesuchen
- Wir bringen Sie im Notfall sicher nach Hause und sorgen dafür, dass Sie bestens betreut werden.
- Medizinischer Dolmetscher

f) Wir übersetzen und erklären Ihnen die Diagnose Ihres Arztes vor Ort.

Falls eine Krankenhausbehandlung oder ein Rücktransport erforderlich wird, kümmern wir uns um die Kostenübernahme. Wenden Sie sich in diesen Fällen umgehend an unseren 24-Stunden Notrufservice, den Sie nahezu weltweit sieben Tage die Woche erreichen, unter

+800 – 84408440 ⁽¹⁾

Führt diese Nummer nicht zum Ziel, wählen sie bitte:

+49 211 5363-158 ⁽²⁾

Für Anrufe aus dem Festnetz ersetzen Sie bitte das Plus-Zeichen durch die jeweilige internationale Verkehrsausscheidungsziffer des Reiselandes (z. B. 00 für alle Länder Europas, 011 für USA und Kanada, 0011 Australien).

⁽¹⁾ aus dem Festnetz gebührenfrei, aus deutschen Mobilfunknetzen höchstens 0,42 Euro pro Minute; Kosten für Anrufe aus ausländischen Mobilfunknetzen können abweichen.

⁽²⁾ gebührenpflichtig.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 01.01.2020 EU, SAP-Nr. **33 48 06**; 01/20 ek

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Peter-Zimmer-Straße 2
66123 Saarbrücken
E-Mail-Adresse: service@ukv.de

Unseren Konzern-Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter Versicherungskammer Bayern
Datenschutz
Maximilianstr. 53
80530 München
E-Mail-Adresse: datenschutz@vkb.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen 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 www.ukv.de/datenschutz-downloads abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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

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

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Absatz 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Absatz 2 a) in Verbindung mit Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Absatz 2 j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Konzerns Versicherungskammer Bayern und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Absatz 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 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.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschrittsdaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein 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 sowie Kategorien von Dienstleistern, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version unserer Internetseite unter www.ukv.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern.

Weitere Empfänger:

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

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 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, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. 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. Zuständig ist die Datenschutzaufsichtsbehörde des Bundeslandes, in dem wir als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung unseren Sitz haben.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO“, das Sie unserer Homepage unter www.ukv.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsprüfung

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung sowie zur Verifizierung Ihrer Adresse (Prüfung auf Zustellbarkeit) und um Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten zu erhalten an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 b) und Artikel 6 Absatz 1 f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD im Sinne des Artikels 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Information gem. Art. 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“), das Sie unserer Homepage unter www.ukv.de/datenschutz-downloads entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

Hinweise zum Datenschutz

Versicherer benötigen personenbezogene Kundendaten für die Vertragsdurchführung. Durch den Beitritt zum Code of Conduct verpflichtet sich die UKV, einen strengen Datenschutzstandard festzulegen und mehr Transparenz für mich herbeizuführen. Einzelheiten enthält das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“, das ich bei Antragstellung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, erhalte ich dieses Merkblatt zusammen mit dem Versicherungsschein.

Für den Fall, dass bereits eine Versicherungsnummer bei der UKV für den Versicherungsnehmer besteht, bin ich einverstanden, dass dieser zusätzlich abgeschlossene Tarif bzw. zusätzliche versicherte Person der bestehenden Versicherungsnummer zugeordnet werden und damit der Vermittler, der bisher diese Versicherungsnummer betreut, auch den jetzt abgeschlossenen Tarif bzw. die nachversicherte Person betreut und die für die Betreuung erforderlichen Daten erhält.

Hinweis für den Arzt im Ausland



Eine Bitte an den Arzt

Im Interesse Ihres Patienten, der bei uns versichert ist, bitten wir Sie, Ihre Rechnung mit den folgenden Angaben zu versehen, die für die Erstattung des Rechnungsbetrages an unseren Versicherten notwendig sind:

1. Name des Patienten; 2. Diagnose; 3. Behandlungsdaten; 4. Einzelleistungen

Wir danken Ihnen.



Mrs. les médecins traitants

sont priés, dans l'intérêt de leurs clients qui sont assurés chez nous de spécifier dans leurs factures les points suivants nécessaires pour le remboursement des sommes aux assurés:

1. nom et prénoms du client; 2. diagnostic; 3. dates des journées de traitement; 4. traitement appliqué: consultations, visites, injections, etc.

Nous vous remercions de votre amabilité.



Le pedimos por favor a los Sres, médicos

que, en beneficio de sus pacientes, asegurados con nosotros, tengan a bien hacer constar en sus facturas los datos siguientes, necesarios para la devolución al asegurado del importe de la factura:

1. apellido del paciente; 2. diagnóstico; 3. fechas de los tratamientos; 4. especificación de las prestaciones.

Muchas gracias.



Μια παράκληση προς το γιατρό

Ο ασθενής σας είναι ασφαλισμένος στην ασφάλεια μας. Σας παρακαλούμε, όπως στην απόδειξη παροχής υπηρεσιών να αναφέρετε τα ακόλουθα στοιχεία, τα οποία είναι απαραίτητα για την επιστροφή του ποσού στον ασφαλισμένο:

1. Ο νομα του ασθενούς, 2. Διάγνωση ασθένειας, 3. Στοιχεία θεραπευτικής αγωγής, 4. Μεμονωμένες παροχές



Kérésünk az orvoshoz

A beteg nálunk biztosított. Kérjük számláit szíveskedjen a következőkben felsorolt adatokkal ellátni, melyekre a biztosított részére történő számlaösszeg visszatérítéshez van szükségünk:

1. A beteg neve, 2. Kezelési diagnózis, 3. A kezelés adatai, 4. Az egyes szolgáltatások

Köszönjük.



A request to the physician

Your patient is insured with us. May we ask you to include the following information on your bill, so that we can reimburse him:

1. name of patient; 2. diagnosis; 3. dates of all attendances;

4. all particulars about the treatment given: e. g. surgical, injections, dressings, laboratory test, x-rays, physiotherapy etc.

Please accept our thanks.



Invito ai sigg. Medici

Nell'Interesse dei loro ammalati, nostri assicurati, e perche ad essi vengono rimborsati gl'importi versati chiediamo gentilmente che le note di onorario siano corredate dei suguenti particolari a noi necessari:

1. nome dell'ammalato; 2. diagnosi; 3. diario della cura; 4. specifica delle prestazioni.

Con ringraziamenti.



Pedimos aos Senhores médicos

o favor, de fazerem constar nas suas facturas, da máxima promemorização possível, afim de que os nossos segurados, possam ser reembolsados do valor dos tratamentos; recebidos:

1. nome do enfermo; 2. diagnóstico; 3. datas dos tratamentos; 4. quais os tratamentos feitos.

Muito obrigados.



Doktordan bir ricamız

Hastanız bizde sigortalıdır. Sigortalılarımıza fatura miktarını geri iade edilmesi için lütfen aşağıda belirtilen bilgileri yazmanızı rica ederiz.

1. Hastanın adı, 2. Tedavi tarihi, 3. Tedavi sonucu teşhis, 4. Yapılan tedavilerin ayrıntılı tarifleri.

Teşekkür ederiz.



Prośba do lekarza!

Pański pacjent jest u nas ubezpieczony. Prosimy wpisywać do rachunków następujące informacje, które są z naszej strony konieczne w sprawie zwrotu sumy, wystawionej na rachunku:

1. Nazwisko pacjenta, 2. Rozpoznanie, 3. Dane leczenia, 4. Pojedyncze świadczenia.

Serdecznie dziękujemy.



UKV
Union Krankenversicherung AG
Peter-Zimmer-Straße 2
66123 Saarbrücken
+49 681 8447000
service@ukv.de
www.ukv.de

347254; 05/23 vo

Es handelt sich um Tarifauszüge; Grundlage für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif.