

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die VDST-Taucherhotline
mit Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/ARTaucher)

Inhaltsverzeichnis (Stand: 01.2002)

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 9	Obliegenheiten
§ 2	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	§ 10	Folgen der Obliegenheitsverletzungen
§ 3	Beginn des Versicherungsschutzes	§ 11	Ansprüche gegen Dritte
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	§ 12	Willenserklärungen / Schriftform
§ 4 a	Kostenübernahmeerklärung	§ 13	Verjährung / Klagefrist / Gerichtsstand / Anwendbares Recht
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	§ 14	Konkurs des Versicherungsnehmers
§ 6	Leistungsberechtigte Personen	§ 15	Besondere Vereinbarungen
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	§ 16	Rechte / Bezugsrechte
§ 8	Beitrag	§ 17	Beschwerden

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Nach diesen Bedingungen werden alle Einzelmitglieder des Verbandes Deutscher Sporttaucher e.V. (nachstehend VDST genannt) sowie alle Mitglieder der VDST-Vereine, die dem VDST als beitragspflichtig oder beitragsbefreit gemeldet sind bzw. als beitragspflichtige oder beitragsbefreite Neumitglieder gemeldet werden, versichert. Diese Personen werden nachstehend als "versicherte Personen" bezeichnet.

§ 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für während des versicherten Zeitraumes auf einer Auslandsreise akut eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Abweichend hiervon werden die in § 4 Ziff. 4 a) genannten Informationsleistungen des Versicherers auch beim Aufenthalt innerhalb Deutschlands erbracht.

2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den deutschen gesetzlichen Vorschriften.

4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf vorübergehende Auslandsaufenthalte. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu einer Höchstdauer von 56 Tagen pro Auslandsaufenthalt.

Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme von Deutschland.

Kein Versicherungsschutz besteht in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt für Einzelmitglieder mit dem Eingang des vollständigen Mitgliedsantrages in der VDST-Geschäftsstelle, für Vereinsmitglieder mit dem Eintritt in einen VDST-Verein, sofern sie dem VDST als beitragspflichtige bzw. beitragsbefreite Neumitglieder gemeldet werden; jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Abweichend hiervon bietet der Versicherer die nachstehenden unter § 4 Ziff. 4 a) genannten Informationsleistungen im Inland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Erstattungsfähig zum vollen Rechnungsbetrag sind Aufwendungen für:

- ärztliche Behandlung sowie medizinisch notwendige Druckkammerbehandlungen
- Arznei- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung;
- Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie;
- Röntgendiagnostik und andere bei akuten Krankheiten erforderliche, notwendige diagnostische Maßnahmen;
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;

- Obliegenheiten
- Folgen der Obliegenheitsverletzungen
- Ansprüche gegen Dritte
- Willenserklärungen / Schriftform
- Verjährung / Klagefrist / Gerichtsstand / Anwendbares Recht
- Konkurs des Versicherungsnehmers
- Besondere Vereinbarungen
- Rechte / Bezugsrechte
- Beschwerden

f) den medizinisch notwendigen Transport in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus oder, soweit medizinisch erforderlich, zu einer Druckkammer. Erstattungsfähig ist weiterhin der Transport zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;

g) Operation einschließlich Operationsnebenkosten;

h) Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht jedoch Zahnersatz, Zahnkronen und Kieferorthopädie;

i) medizinisch notwendige Gehstützen in einfacher Ausführung;

j) den medizinisch notwendigen Rücktransport einer akut erkrankten Person aus dem Ausland und / oder

k) die Zusatzkosten für Hotel und Flüge bei medizinisch notwendiger Aufenthaltsverlängerung wegen eines Tauchsportunfalls, die maximale Erstattung für Hotelaufenthalte beläuft sich auf 2.556,46 EUR;

;) die unter j) und k) genannten Leistungen für eine Begleitperson, Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen;

m) die Überführung eines durch Krankheit oder Unfall im Ausland Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland bzw. wahlweise die Bestattung am ausländischen Sterbeort, höchstens jedoch € 12.500.

2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Bei stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person 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.

3. Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die nach der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden 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.

4. Der Versicherer bietet weiterhin die folgenden Leistungen nach einem Tauchsportunfall durch eine 24-Stunden-Taucher-Hotline:

- beim Aufenthalt der versicherten Person innerhalb Deutschlands
 - ° **Vermittlung zu einem Tauchsportmediziner aus dem 24-Stunden-Bereitschaftsdienst des VDST,**
- beim Aufenthalt der versicherten Person im Ausland:
 - ° der Assisteur stellt seine Notrufeinrichtungen im Ausland zur Verfügung;
 - ° Herstellung einer Telefonverbindung zur telefonischen Beratung mit einem Tauchsportmediziner aus dem 24-Stunden-Bereitschaftsdienst des VDST. Der Assisteur entscheidet gemeinsam mit dem Tauchsportarzt des VDST und dem behandelnden Arzt vor Ort über die notwendige weitere Behandlung;
 - ° der Assisteur hilft über seinen örtlichen Korrespondenten bei dem Transport eines Verunfallten in eine Druckkammer.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die VDST-Taucherhotline mit Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/ARTaucher)

§ 4 a Kostenübernahmeerklärung

Der Versicherer verpflichtet sich, in den unter § 4 Ziff. 1 a) (nur bezüglich der Druckkammerbehandlung); e); f); j) und m) genannten Leistungsbereichen, eine Kostenübernahmeerklärung durch seinen Assistenten abgeben zu lassen. In dem unter Ziff. 4 1. g) genannten Leistungsbereich erfolgt eine solche Kostenübernahmeerklärung, sofern ein wertmäßiger Rechnungsbetrag von mehr als € 511,29 voraussichtlich zu erwarten ist. In anderen berechtigten Einzelfällen können versicherte Personen für zu erwartende Rechnungsbeträge über einem wertmäßigen Betrag von € 511,29 Kostenübernahmeerklärungen des Versicherers erhalten. Der Versicherer übernimmt keine Gewähr dafür, daß sich der Dienstleister vor Ort mit einer Kostenübernahmeerklärung begnügt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht für:

a) versicherte Personen, die aus beruflichen Gründen tauchen und bei einem beruflich begründeten Tauchvorgang einen Unfall erleiden.

b) Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe der Reise waren oder mit denen bei Reisebeginn nach dem gewöhnlichen Verlauf der Reise zu rechnen ist;

c) Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen sowie deren Folgen. - Versichert ist jedoch die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen sowie von Fehl- und Frühgeburten;

d) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;

e) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen oder deren Vorbereitung verursacht werden;

f) die unter e) genannte Einschränkung bezieht sich für angestellte Trainer des Versicherungsnehmers nur auf Tauchsportunfälle. Bei allen anderen Krankheits- und Unfallursachen besteht bedingungsgemäßer Versicherungsschutz.

g) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;

h) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;

i) Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

j) Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

k) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;

l) Kosten psychoanalytischer und psychotherapeutischer Behandlungen;

m) Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, die als Geheimmittel gelten (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze;

n) Hilfsmittel, z.B. Brillen, Einlagen usw., mit Ausnahme von Gehstützen.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen nach billigem Ermessen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

§ 6 Leistungsberechtigte Personen

1. Die Ansprüche aus dem Vertrag stehen der versicherten Person zu.

2. Die Auszahlung der Versicherungsleistungen erfolgt durch den Assistenten des Versicherers in der jeweiligen Vertragswährung (DM oder EUR). Ist ein Minderjähriger leistungsempfangsberechtigt, leistet der Versicherer an seine gesetzlichen Vertreter.

3. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind, sofern deren Beschaffung der versicherten Person billigerweise zugemutet werden kann; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Rechnungen müssen im Original eingereicht werden und den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen), die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk der Apotheke deutlich hervorgehen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zeitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

4. Der Anspruch auf Erstattung von Transport- oder Rücktransportkosten ist durch eine ärztliche Bescheinigung, aus der die medizinische Notwendigkeit des Krankentransportes ersichtlich ist, zu begründen.

5. Die Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten erfolgen nur gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache, der amtlichen Sterbeurkunde und der Kostenbelege.

6. Der Versicherer wird durch Leistung an den Inhaber der Kostennachweise von seiner Verpflichtung befreit. Er ist berechtigt, aber nicht verpflichtet, die Legitimation des Inhabers zu prüfen. Sind berechtigte Zweifel an der Legitimation des Übersenders der Kostennachweise bekannt, wird der Versicherer Leistungen an die versicherte Person auszahlen.

7. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Vertragswährung EUR 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 dem jeweils neuesten Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, daß sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

8. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

9. Kosten für Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.

10. Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für die einzelnen versicherten Personen endet:

1. mit Beendigung der Gruppenversicherungsvertrages zwischen dem VDST und dem Versicherer.

2. mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Dies gilt insoweit nicht für die unter § 4 Ziff. 4 a) genannten Informationsleistungen, diese werden auch beim Aufenthalt der versicherten Person innerhalb Deutschlands während der vereinbarten Versicherungsdauer gewährt.

3. Am Tage der Austritts der versicherten Person aus dem VDST bzw. einem VDST-Verein.

4. mit dem Ableben der versicherten Personen.

Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in ein Land, in dem gemäß § 2 Ziff. 4 kein Versicherungsschutz besteht. Erfordert eine Erkrankung oder ein Unfall, für den Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist ein Rücktransport medizinisch nicht möglich, gewährt der Versicherer Leistungen ohne weitere Beitragszahlung bis längstens ein Jahr über den Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes hinaus.

§ 8 Beitrag

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Beitragshöhe und Fälligkeit sind im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt.

§ 9 Obliegenheiten

1. Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die VDST-Taucherhotline mit Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/ARTaucher)

2. Der Versicherer ist auf Verlangen zu ermächtigen, jederzeit alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten aller Art einzuholen; diese sind gleichzeitig von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

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

4. Die versicherte Person hat, nach Möglichkeit, für die Minderung des Schadens zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist sie im Leistungsfall verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

6. Hat der Versicherungsnehmer seine Adresse (Wohnung oder Geschäft) geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abgegeben werden muß, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten, dem Versicherer bekannten Adresse. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Adressenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein müßte.

§ 10 Folgen der Obliegenheitsverletzungen

1. Verletzt der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig eine der in § 9 Ziff. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

2. Wird die in § 9 Ziff. 5 genannte Obliegenheit durch eine versicherte Person verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Leistungsverweigerungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat die versicherte Person im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall im Sinne des § 2 Ziff. 2 Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, sind diese Ansprüche unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gem. § 67 VVG bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt die versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Richtet sich der Schadenersatzanspruch der versicherten Person gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so besteht die Verpflichtung nach Abs. 1 nicht, es sei denn, der Angehörige hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 12 Willenserklärungen/Schriftform

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 13 Verjährung/Klagefrist/Gerichtsstand/Anwendbares Recht

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Versicherungsleistung fällig wird. Ist der Anspruch der versicherten Person bei dem Versicherer angemeldet worden, bleibt der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers bei der Fristberechnung unberücksichtigt.

Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsschutz dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist der Anspruch durch die versicherte Person zur Vermeidung des Verlustes innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend zu machen. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

3. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig, wenn der Versicherungsnehmer keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland hat, wenn der nach Vertragsabschluß seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

4. Auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

§ 14 Konkurs des Versicherungsnehmers

Wird der VDST wegen Zahlungsunfähigkeit aufgelöst oder steht eine Auflösung unmittelbar bevor, ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen.

§ 15 Besondere Vereinbarungen

Die Unwirksamkeit einer oder mehrerer Regelungen dieses Vertrages läßt die Wirksamkeit des Vertrages im übrigen unberührt. Die Parteien verpflichten sich an Stelle der unwirksamen Klausel oder Regelung eine Regelung zu treffen, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen Regelung am nächsten kommt

§ 16 Rechte/Bezugsrecht

Der Versicherer verzichtet auf die ihm nach § 35 b) des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eingeräumte Möglichkeit, Ansprüche der versicherten Personen aus dem Versicherungsvertrag, gegen fällige Prämienforderungen und/oder anderen ihm aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Forderungen aufzurechnen.

§ 17 Beschwerden

Beschwerden können an die GLOBALE Krankenversicherungs-AG oder an das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, Ludwigkirchplatz 3-4, 10719 Berlin gerichtet werden. Die Anschrift des Ombudsmanns für die private Kranken- und Pflegeversicherung lautet: Leipziger Straße 104, 10117 Berlin.