



ARAG Auslandsreise- Krankenversicherung

Bedingungsheft

Stand 12.2019

Inhalt

Versicherteninformation für eine ARAG Auslandsreise-Krankenversicherung	3
Datenschutzhinweise.....	7
Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen.....	11
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-J70 und RK-JF.....	13
Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns.....	23

Versicherteninformation für eine ARAG Auslandsreise-Krankenversicherung

1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Dr. Matthias Effinger, Dr. Roland Schäfer, Dr. Werenfried Wendler
Sitz und Registergericht: München, HRB 69751

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG Krankenversicherungs-AG ist der Betrieb der Krankenversicherung.

3. Garantiefonds

Die ARAG Krankenversicherungs-AG gehört der folgenden Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Sicherungsfonds) an:
Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln

4. Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

- a) Dem Versicherungsverhältnis liegen je nach gewähltem Tarif die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-JF und RK-J70 in der jeweils bei Vertragsabschluss geltenden Fassung zugrunde.
- b) Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ergeben sich aus §§ 1–3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-JF und RK-J70.

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung ergeben sich hinsichtlich Art und Umfang der Leistungen aus den §§ 4 und 5, hinsichtlich Fälligkeit und Erfüllung der Leistungen aus § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-JF und RK-J70.

5. Gesamtpreis der Versicherung

Die zu entrichtende Prämie für die angebotene Versicherung beträgt im Tarif RK-J 8 Euro je versicherte Person, im Tarif RK-JF 24 Euro für die Familie und 20 Euro je Person im Tarif RK-J70. Die Prämie ist eine Jahresprämie.

6. Zusätzliche Kosten

Zusätzliche Gebühren oder Kosten für den angebotenen Versicherungsschutz werden nicht erhoben.

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Beiträge zur Privaten Krankenversicherung nach § 4 Nummer 5 Versicherungssteuergesetz von der Versicherungssteuer befreit. Wenn Sie als Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder einen sonstigen Drittstaat verlegen, kann eventuell Versicherungssteuer anfallen. Soweit Sie als Versicherungsnehmer mit Versicherungssteuer belastet werden, sind Sie

verpflichtet, diese zu entrichten. Für den Fall, dass wir als Versicherer mit Versicherungssteuer belastet werden oder zur Abführung von Versicherungssteuer für Sie als Versicherungsnehmer verpflichtet sind, müssen Sie diese Steuer als Bestandteil der Prämie entrichten.

7. Beitragszahlung

Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn fällig. Der jeweilige Folgebeitrag wird zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres fällig. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-JF und RK-J70.

8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge. Diese gelten bis auf Weiteres. Änderungen behalten wir uns vor.

9. Zustandekommen des Versicherungsvertrags

Wird die Versicherung auf einem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Vordruck beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des deutschen Poststempels bzw. Datum der Faxeinsendung) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordrucks.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn, frühestens Datum des Faxeingangs bzw. des deutschen Poststempels), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts. Die Erteilung einer Einzugsermächtigung gilt als Zahlung des Beitrags, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann oder wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat.

10. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen gemäß § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

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

ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München,
Telefax: +49 (0) 89/4124-9525, E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de

Widerrufsfolgen:

Im Fall eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/360 des in der Versicherteninformation nach § 1 VVG- Informationspflichtenverordnung unter Ziffer 5 ausgewiesenen Jahresbeitrags pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage

nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise:

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

– Ende der Widerrufsbelehrung –

11. Laufzeit, Kündigung/Beendigung des Vertrags

Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn er nicht gekündigt wird.

Der Vertrag kann in Textform durch den Versicherungsnehmer bzw. schriftlich durch den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer sowie zu weiteren Beendigungsgründen finden Sie in § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-JF und RK-J70.

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben zum zuständigen Gericht können Sie in § 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-JF und RK-J70 entnehmen.

13. Sprachen der Vertragsbedingungen und Informationen/ Kommunikationssprache zum Versicherungsvertrag

Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

14. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Für außergerichtliche Beschwerden steht Ihnen das Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann (www.pkv-ombudsmann.de) offen. Die Anschrift lautet:

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin

Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verband. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Ferner stellt die Europäische Kommission unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS) bereit. Verbraucher haben die Möglichkeit, diese Plattform für die Beilegung ihrer Streitigkeiten zu nutzen.

15. Zuständige Aufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Sie haben die Möglichkeit, sich bei Beschwerden an die Aufsichtsbehörde zu wenden.

Datenschutzhinweise

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Information der versicherten Person weitergeben.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11
81829 München
Telefon: 089 4124 02
Telefax: 089 4124 9525
E-Mail: Service@ARAG.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@ARAG.de

Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zwecke der Verarbeitung) und auf Basis welcher Rechtsgrundlagen?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes neue Fassung (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, **die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Presse, Internet, Handels- und Vereinsregister) zulässigerweise gewinnen oder die uns von anderen Unternehmen des ARAG Konzerns oder von sonstigen Dritten (z.B. Schuldnerverzeichnis, Melderegister) berechtigt übermittelt werden.** Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.ARAG.de/datenschutz 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, wie z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Die Daten aller mit der ARAG Krankenversicherungs-AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung. Beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs.1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Krankenversicherung) erforderlich sind, holen wir in der Regel Ihre Einwilligung nach Art.9 Abs.2a) i. V. m. Art.7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

- Risiko- und Geschäftssteuerung
- Optimierung unserer Geschäftsprozesse
- Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten
- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der ARAG-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsforschung,
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Streitigkeiten
- Gewährleistung der Haus-, Anlagen- und IT-Sicherheit sowie des IT-Betriebs
- Videoüberwachung zur Wahrung des Hausrechts.

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 Verarbeitungen dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs.1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf www.ARAG.de/datenschutz zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

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. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

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 persönlich betreuenden Vermittler und betreuende Geschäftsstelle, 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 Anschriftendaten, 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 Auftragsverarbeiter und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie zur Wahrnehmung unserer eigenen berechtigten Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.ARAG.de/datenschutz entnehmen.

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).

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

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.

Welche Rechte haben Sie?

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.

Soweit Sie uns eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit, unter der o.g. Anschrift, widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Postfach 606
91511 Ansbach
Telefon: +49 (0) 981 53 1300
Telefax: +49 (0) 981 53 98 1300
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

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.

Wann und warum erfolgt ein Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. Anfrage zu Vorversicherungszeiten) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfall 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.

Holen wir Bonitätsauskünfte zu Ihrer Person ein?

Bei Beantragung einer Krankheitskosten-Vollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf eine Krankheitskosten-Vollversicherung fragen wir bei einer Wirtschaftsauskunftei (z.B. infoscore, SCHUFA, Bürgel, Creditreform) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten 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, EU-Standardvertragsklauseln oder EU-US Privacy Shield) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: www.ARAG.de/datenschutz abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ferner vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Entscheiden wir vollautomatisiert über Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen, basiert unsere Entscheidung auf den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen, auf den von uns verarbeiteten Gesundheitsdaten, sowie auf den gebührenrechtlichen Entgeltregelungen der ambulanten und stationären Leistungserbringer. Geben wir Ihrem Leistungsantrag nicht in vollem Umfang statt, haben Sie das Recht auf Überprüfung der vollautomatisierten Entscheidung durch einen Sachbearbeiter der ARAG-Krankenversicherungs-AG.

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

Weitergabe Ihrer nach 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ARAG Krankenversicherungs-AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die ARAG Krankenversicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ARAG Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ARAG.de eingesehen oder bei ARAG Krankenversicherungs-AG, KV-Vertragsservice, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefon: 089 4124-8200, E-Mail: service@ARAG.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ARAG Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen.

Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ARAG Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen (zum Beispiel Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-J70 und RK-JF

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (vgl. auch § 5) Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, Verschlechterung des Gesundheitszustands oder Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

Ferner gelten als Versicherungsfall medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburt und notfallbedingtem Schwangerschaftsabbruch.

- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
- (5) Der Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage aller vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthalts, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. § 2 Absatz 6 gilt entsprechend. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
- (6) Versicherungsfähig sind Personen, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt. Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr können ausschließlich den Tarif RK-J70 abschließen.

Als Familienangehörige im Sinne des Tarifs RK-JF zählen – sofern sie im Versicherungsschein namentlich aufgeführt (bzw. nachgemeldet) sind und im gemeinsamen Haushalt leben – der Ehepartner bzw. Lebensgefährtin des Versicherungsnehmers und die unterhaltsberechtigten Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Vermindert sich die Anzahl der im Tarif RK-JF versicherten Personen wegen Entfalls der Versicherungsfähigkeit (siehe Satz 3) und verbleiben dadurch weniger als drei Personen im Tarif, so erfolgt für die verbleibenden Personen automatisch die Umstellung in den Tarif RK-J.

Die in Satz 1 und 3 genannten Voraussetzungen sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Sind sie nicht gegeben, besteht trotz Beitragszahlung kein Versicherungsschutz.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn, beim Prospektantrag frühestens Datum des Faxeingangs bzw. des deutschen Poststempels bei Zusendung des Antrags, beim Onlineantrag frühestens Tag der Absendung des Onlineantrags), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts. Die Erteilung einer Einzugsermächtigung gilt als Zahlung des Beitrags, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann oder wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer in einem der Tarife RK-J, RK-J70 oder RK-JF versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zu diesem Tag in Textform (zum Beispiel Fax, E-Mail) erfolgt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
Die rückwirkende Mitversicherung ab Geburt bzw. Adoption ist nur möglich, soweit für das Neugeborene bzw. für das Adoptivkind kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Ausland besteht.
- (3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (4) Im Tarif RK-JF endet der Versicherungsschutz einzelner Personen zum Ende des Versicherungsjahres, in dem sie aus dem gemeinsamen Haushalt ausziehen oder bei mitversicherten Kindern, in dem die Unterhaltspflicht entfällt, spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in das ihr 18. Geburtstag fällt; die Versicherung kann durch Abschluss des Tarifs RK-J fortgesetzt werden.
In den Tarifen RK-J und RK-JF endet darüber hinaus der Versicherungsschutz für die betroffene Person mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird; die Versicherung kann durch Abschluss des Tarifs RK-J70 fortgesetzt werden.
- (5) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Versicherungsverhältnisses. Er endet darüber hinaus mit Ablauf des 42. Tages eines Auslandsaufenthalts.
- (6) Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags

- (1) Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen.
Wird er nicht in Textform durch den Versicherungsnehmer bzw. schriftlich durch den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat gekündigt, so verlängert er sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr.
- (2) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr.
- (3) Wird die Versicherung auf einem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Vordruck bzw. online beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks bzw. Onlineantrags beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des deutschen Poststempels bzw. Datum der Faxeinsendung bzw. Tag der Absendung des Onlineantrags) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene (bei Verwendung des Auslandsreise-Prospekts A 826) bzw. zugesandte Durch-

schrift des Antragsvordrucks bzw. (bei Onlineantragstellung) der Ausdruck oder das vom Antragsteller abgespeicherte Dokument des Onlineantrags.

- (4) Vollendet eine innerhalb der Tarife RK-J bzw. RK-JF versicherte Person das 70. Lebensjahr, so endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

Entsprechendes gilt im Tarif RK-JF bei Vollendung des 18. Lebensjahres oder Beendigung der Unterhaltspflicht bei mitversicherten Kindern oder Auszug aus dem gemeinsamen Haushalt bei mitversicherten Personen.

Die betroffene Person kann die Versicherung durch Abschluss des Tarifs RK-J70 bzw. RK-J fortsetzen.

- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (6) Der Versicherungsvertrag endet mit der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers in der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, es wird eine anderweitige Vereinbarung getroffen. Für den Fall der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes einer versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland endet insoweit das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel zudem aus der Apotheke oder vom Behandler bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, soweit erkennbar über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Nicht gewählt werden können Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen sowie Rekonvaleszenten aufnehmen, es sei denn, dass nachweislich ein Notfall vorliegt und es sich um das nächstgelegene Krankenhaus handelt.
- (4) Es ist das am Aufenthaltsort befindliche bzw. nächsterreichbare geeignete Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.
- (5) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin im Reiseland oder in der Bundesrepublik Deutschland überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis des entsprechenden Reiselands oder der Bundesrepublik Deutschland als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (6) Soweit dieser Tarif Leistungen vorsieht, sind Kosten erstattungsfähig:
- a) für ärztliche Heilbehandlung;
 - b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;

- c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- d) für Röntgendiagnostik;
- e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt; bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zu zwölf Jahren sind zusätzlich die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Person im selben Krankenzimmer erstattungsfähig;
- f) für den notwendigen Transport zur erforderlichen Erstversorgung zum nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und den gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransport von der Erstversorgungseinrichtung zum nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus;
- g) für die Mehraufwendungen für einen Rücktransport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus in Wohnortnähe der versicherten Person, sofern eine der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt wird:
 1. Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar;
 2. Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage;
 3. Die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist;

- h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den ständigen deutschen Wohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.250 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für Behandlungen, von denen aufgrund ärztlicher Diagnose bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades (Eltern, Kinder) im Ausland unternommen wurde;
 - b) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - c) für solche Krankheiten einschließlich deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse in einem Land, für das vor Reiseantritt durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) für ambulante Psychoanalyse und -therapie;
 - f) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen außer in den Fällen von § 1 (2); Kostenersatz wird auch geleistet, wenn der Auslandsaufenthalt infolge des vorherigen Eintritts eines Versicherungsfalles oder dessen Folgen über die 36. Schwangerschaftswoche hinaus ausgedehnt werden musste;

- g) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
 - h) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
 - i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - j) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - k) für Behandlung durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet;
 - l) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Kostenersatz im Sinne von § 4 Absatz 6 a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.
- (3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (4) Soweit für den Versicherungsfall Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht werden können, gehen diese den Ansprüchen aus diesem Vertrag vor, und zwar auch dann, wenn diese Ansprüche ebenfalls aufgrund einer Subsidiaritätsklausel nachrangig sind. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die erforderlichen Unterlagen sollen spätestens drei Monate nach Beendigung der Reise bzw. dem Rücktransport, der Überführung oder Bestattung eingereicht werden.
- (2) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen und Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Absatz 4 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Zum Nachweis eines notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.
- (4) Bei einem Rücktransport gemäß § 4 Absatz 6 Buchstabe g) ist die Erfüllung der dort aufgeführten Voraussetzungen auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.
- (5) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- (7) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (8) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Uberweisungsformen wählt.
- (9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
- (10) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Für Tarif RK-J beträgt der Beitrag je versicherte Person 8 Euro, für Tarif RK-J70 20 Euro. Für Tarif RK-JF beträgt der Beitrag für den Versicherungsnehmer einschließlich der Familienangehörigen 24 Euro gemäß § 1 Absatz 6.
- (2) Der Erstbeitrag wird bei Abschluss des Vertrags – jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn – fällig. Die Folgebeiträge werden zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres fällig.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 8 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist unverzüglich nach ihrem Beginn unter Angabe der Versicherungsnummer anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 6) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (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 und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Änderungen der Anzahl der versicherten Personen im Tarif RK-JF (zum Beispiel bei Versicherung weiterer Personen oder Entfall der Unterhaltspflicht) müssen der Hauptverwaltung rechtzeitig vor Beginn der nächsten Auslandsreise angezeigt werden.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 11 Aufrechnung

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

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 13 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Die Tarife RK-, RK-J70 und RK-JF (Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Versicherungsbeitrag) können vom Versicherer nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 14 Gerichtsstand

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

- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag – Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft – Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

gemäß der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

1. ARAG SE
2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
3. ARAG Krankenversicherungs-AG
4. Vif GmbH
5. Interlloyd Versicherungs-AG

II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheits- und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	Paragon Customer Communications Weingarten GmbH	Druck und Versand	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3.	ARAG SE	Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich	ja
1. + 2.	Denkpark GmbH	Bereitstellung einer digitalen Kommunikationsplattform	nein
außer 4.	documentus GmbH	Akten- & Datenträgervernichtung	ja
außer 4.	Swiss Post Solutions GmbH	Leistungs- und Vertragsbearbeitung	nein
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheits- und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten
	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Versicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja
	PropertyExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Almeda GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AWP Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	CAPITA Customer Service Germany GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	ja
	IBM Deutschland GmbH	Korrektur und Erfassen von Daten	ja
	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rienecker GmbH & Co. KG	Vertragsbearbeitung	nein
	PAV Card GmbH	Produktion von Druckstücken	nein
Interlloyd Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	PropertyExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein

III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrags ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister-kategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheits- und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten
Alle Konzern-gesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Ärzte	Risiko und Leistungsprüfung	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil
	Call-Center	In-/Outbound Telefonie	zum Teil
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutachter und Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation	zum Teil
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	zum Teil
	Lettershops/ Druckereien/ Postversender	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/ -provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug	zum Teil
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	zum Teil
Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein	
Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein	
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

IV. Hinweise:

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftrags Erfüllung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG Webseite (<http://www.arag.de>). Hier finden Sie unter der Überschrift „Dienstleisterliste der ARAG“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.

Stand 7.2019

