

Erläuterungen zur Mitgliedschaft und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

1. Auslandsschutz durch Mitgliedschaft

Auf den vielfachen Wunsch unserer Mitglieder haben wir reagiert: **Sie** haben nun die Möglichkeit, den Auslandsschutz (Auslandsreisekrankenversicherung- und Rückholschutz) durch die Mitgliedschaft im Flug-Ambulanz e.V. Ihren eigenen Bedürfnissen angepasst zu wählen.

1.1 Basis Auslandsschutz

(Auslandsreisekrankenversicherung und Rückholschutz) für **max. 42 Tage** für beliebig viele Reisen im Jahr. Die Beitragsstaffelung haben wir für Sie unter Punkt 6/7 aufgelistet.

1.2 DFA Plus*

Auslandsschutz (Auslandsreisekrankenversicherung- und Rückholschutz) für **3 Monate*, 6 Monate* / 12 Monate*** (*wird nur für die im Antrag angegebene Reise abgeschlossen; nur gültig für die EU Staaten und die Schweiz; Höchstalter bei Abschluss: 79 Jahre)

2. Auslandsreise-Krankenversicherung

Die Auslandsreise-Krankenversicherung ist auch für Personen, die bereits privat kranken-versichert sind, durchaus von Vorteil; diese können zusätzlich zur Kostenerstattung durch ihre private Versicherung bei uns das Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 EURO in Anspruch nehmen (vgl. Teil II A. III AVB)

3. Mitgliedschaftsbeginn

Als Mitgliedschaftsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden. Auslandsschutz besteht, sofern die Beitragszahlung erfolgt ist. Steht eine Reise unmittelbar bevor, können Sie die Beitragszahlung sicherstellen, indem Sie uns durch Bekanntgabe Ihrer Bankverbindung den Auftrag zum SEPA-Einzug erteilen. Sollten Sie die Ausstellung einer Rechnung wünschen, überweisen Sie den Betrag bitte erst nach Erhalt der Rechnung unter Angabe der Rechnungs-Nummer auf das dort angegebene Konto.

4. Aufnahme

Zur Aufnahme in die Flug-Ambulanz e.V. ist ein ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland erforderlich. Bitte teilen Sie uns deshalb bei der Anmeldung Ihren **deutschen Hauptwohnsitz** mit.

5. Beiträge

Der Beitrag der Basis-Mitgliedschaft ist ein Jahresbeitrag. – Beitragsumstellungen (z.B. vom Erwachsenentarif zum Seniorentarif) erfolgen automatisch durch die EDV, eine gesonderte Mitteilung entfällt. Wir bitten um Verständnis. – Danke.

Einzugsermächtigung / Sepa Lastschrift:

Bei wunschgemäßem Einzug des Beitrages ist die Mitgliedsnummer mit der Mandatsreferenznummer gleichzusetzen (z.B.: „Nr.123456“). Die Gläubigeridentifikationsnummer des Flug-Ambulanz e.V. teilen wir Ihnen vor dem erstmaligen Einzug mit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen die Kosten einer eventuellen Rücklastschrift in Rechnung stellen müssen.

6. Jahresbeiträge der verschiedenen Mitgliedschaftsformen:

Basis Mitgliedschaft mit 42-tägigem Auslandsschutz:

Erwachsene pro Person	31,00 €
jedes Kind bis zu 16 Jahren	15,00 €
Senioren (ab 70 Jahren) pro Person	46,00 €

DFA PLUS Mitgliedschaft für eine ununterbrochene Reise mit:

3 monatiger Dauer - pro Person	204,00 €
6 monatiger Dauer - pro Person	409,00 €
12 monatiger Dauer - pro Person	818,00 €

(Angabe der Reisedaten erforderlich; Höchstalter beim Abschluss: 79 J.)

7. Abrechnungsmodus

Sollten Sie im Ausland einen Arzt aufsuchen müssen, müssen Sie bezüglich der Honorarforderungen in Vorkasse treten. Sind Sie dann wieder zuhause, reichen Sie bitte die Originalrechnungen (Arzt, Medikamente) zuerst Ihrer gesetzlichen Krankenkasse oder einer eventuellen zusätzlichen privaten Krankenversicherung ein. Diese vermerkt auf den Rechnungen die Höhe einer eventuellen Erstattung bzw. bescheinigt, dass keine Erstattung möglich ist (vgl. Teil I, § 6 AVB).

Danach können Sie die Rechnungen im Original bzw. Zweitschriften mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse (diesen im Original) an uns schicken. Der Restbetrag wird Ihnen bei grundsätzlichem Bestehen der Leistungspflicht schnellstmöglich erstattet.

Um eine verzögerungsfreie Bearbeitung sicher zu stellen, bitten wir Sie, uns Ihre genaue Reisedauer anhand von Flugticket, Bestätigung Ihres Reisebüros o.ä. nachzuweisen.

8. Datenschutz

Es werden von uns keine persönlichen Daten, sondern allein die Mitgliedsnummern an den Versicherer weitergegeben. Nur im Schadensfall ist die Weitergabe von Daten erforderlich, damit wir die Kostenregulierung vornehmen können. An andere Institutionen übermitteln wir keinerlei Daten. Eine Änderung oder Streichung der Datenschutzklausel ist nicht möglich, da diese Bestimmung Vertragsbestandteil ist.

Mit dem Beitritt eines Mitglieds nimmt der Verein seine Adresse, sein Geburtsdatum und seine Bankverbindung auf, sofern der Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit eingezogen werden soll. Diese Informationen werden in dem vereinseigenen EDV-System gespeichert. Jedem Vereinsmitglied (Fördermitglied) wird dabei eine Mitgliedsnummer zugeordnet. Die personenbezogenen Daten werden dabei

durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt.

Als Mitglied des Flug-Ambulanz e.V. werden keine personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Allein die Mitgliedsnummern werden an den Versicherer weitergegeben.

Nur in einem Schadensfall müssen persönliche Daten des betreffenden Mitgliedes an den Versicherer zwecks Schadensregulierung weitergegeben werden. Hierunter fallen: Name, Geburtsdatum, Adresse und Kontaktdaten (Telefon, Fax, Email – soweit bekannt), med. Informationen (Diagnosen, Laborberichte), Reisedaten und ggf. die Bankverbindung zwecks etwaiger Erstattung.

Pressearbeit: Personenbezogene Daten der Mitglieder werden nicht veröffentlicht.

Weitergabe von Mitgliedsdaten: Mitgliederverzeichnisse werden nur an Vorstandsmitglieder und ordentliche Mitglieder ausgehändigt, die im Verein eine besondere Funktion ausüben, welche die Kenntnis der Mitgliederdaten erfordert.

Beim Austritt, Ausschluss oder Tod des Mitglieds werden die personenbezogenen Daten des Mitglieds archiviert.

Personenbezogene Daten des austretenden Mitglieds, die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß den steuerrechtlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahre ab der schriftlichen Bestätigung des Austritts durch den Vorstand aufbewahrt.

9. Kontakt

Flug-Ambulanz e.V.	Flughafen Halle 3, 40474 Düsseldorf
Postanschrift	Max-Keith-Str. 33 (Am Alexanderpark), 45136 Essen
Telefon Verwaltung	0211 – 45 06 – 51 bis – 53
Fax (24 h)	0211 – 41 55 91 99
Notrufnummer	(24h) 0211 – 43 17 17
Homepage:	www.deutscheflugambulanz.de
E-Mail allgemein:	info@deutsche-flugambulanz.de
E-Mail Mitgliederverwaltung:	mitglieder@deutsche-flugambulanz.de

Teil I

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für akut eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung im Ausland und sonst vereinbarte Leistungen, bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung wahlweise Krankenhaustagegeld.
2. Versicherungsfähig sind Personen, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt und die nur vorübergehend ins Ausland reisen. Die Versicherungsfähigkeit ist auf Verlangen nachzuweisen. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt ein Versicherungsvertrag trotz Beitragszahlung nicht zustande.
3. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Soweit hierfür Leistungen vereinbart sind, gelten als Versicherungsfall auch
 - a) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft (für nicht vorhersehbare, akut eingetretene Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten).
 - b) der Tod
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den deutschen gesetzlichen Vorschriften.
5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung im Ausland. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat. Auf Verlangen ist dem Versicherer ein entsprechender amtlicher Nachweis zu führen.

§ 2 Abschluß des Versicherungsverhältnisses

Der Versicherungsvertrag kommt durch Annahme eines Versicherungsantrages durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bevollmächtigen den Versicherer im Versicherungsantrag jederzeit alle für erforderlich erachteten Auskünfte bei Dritten einzuholen und entbinden diese von ihrer Schweigepflicht. Die Annahme des Versicherungsantrages erfolgt durch Übersendung des Mitgliedsausweises mit dem Begrüßungsschreiben.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung der Prämie und nicht vor Beginn der Reise. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den approbierten und niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
3. Arznei- und Heilmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus einer Apotheke bezogen werden.
4. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.
5. Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin und Inhalationen.
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

7. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 6 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn eines der in Abs. 6 genannten Krankenhäuser nicht in zumutbarer Nähe ist und es sich nicht um eine Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung handelt.
8. Bei erstmalig auftretenden Tbc-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfange auch für stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und - Sanatorien geleistet.
9. Bei extremen Sportarten (z.B. Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Tauchen, Motorradrennen fahren) werden die Kosten dann übernommen, wenn die versicherte Person einen entsprechenden Befähigungsnachweis vorlegen kann.
10. Der Rücktransport eines Erkrankten muß medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und an das dem bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen.
11. Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden.

§ 5 Einschränkungen der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - b) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war oder wenn bereits bei Reiseantritt feststand, daß eine Behandlung im Ausland stattfinden muss;
 - b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
 - c) für auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung, sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - e) für 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;
 - f) für Aufwendungen, die durch wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden und/oder Arzneimittel entstehen;
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner (gem. §1 LPartG), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - i) Kosten psychoanalytischer und psychotherapeutischer Behandlungen;
 - j) Hilfsmittel (z.B. Brillen, Einlagen usw.)
 - k) für Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Antritt der Reise bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen.
 - l) für alle nicht im Tarif als erstattungspflichtig aufgezählten Kosten oder Leistungen.
2. Absatz 1 gilt entsprechend für Krankenhaustagegeldleistungen
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, besteht keine Verpflichtung zur Leistung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Es sind Rechnungsurschriften oder deren Zweitschriften, letztere mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen, einzureichen. Die Belege der in §4 Abs. 2 AVB genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.
3. Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, daß die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muß von der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heilmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.
4. Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

5. Der Versicherer kann verlangen, daß Belegen, die nicht in deutscher, englischer oder französischer Sprache abgefaßt sind, eine amtliche deutsche Übersetzung beigefügt wird.
6. Die angeforderten Nachweise sind spätestens 6 Monate nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses einzureichen.
7. Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie ggf. die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.
8. Der Versicherer kann verlangen, daß die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind.
9. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
10. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
11. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs, Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist durch Bankbeleg nach, daß er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
12. Kosten für Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
13. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Muß eine im Ausland begonnene Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs der Versicherung fortgesetzt werden, so verlängert sich die Leistungsdauer hierfür, solange Transportfähigkeit nicht gegeben ist, höchstens jedoch um 30 Tage.

§ 8 Prämienzahlung

Die Prämie ist eine Einmalprämie und ergibt sich aus dem Tarif.

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.
2. 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.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Wurde oder wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
2. Wird die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

§ 11 Ende des Versicherungsverhältnisses, außerordentliche Kündigung des Versicherers

1. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
2. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

§ 12 Sonstige Beendigungsgründe

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Stirbt der Versicherungsnehmer, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der mitversicherten Personen unberührt.

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen des Versicherungsnehmers haben nur dann rechtliche Wirkung, wenn sie dem Versicherer schriftlich zugegangen sind.