

| <b>SECURVITA Krankenkasse</b><br>Mitgliedschafts-Nr.: _____   |               |                             | <i>Bestätigung der Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Reise/n<br/>                 Stempel und Unterschrift der SECURVITA Krankenkasse:</i> |                                    | <b>Anschrift des Mitgliedes (inkl. E-Mail / Telefon):</b><br><br>_____   |
|---|---------------|-----------------------------|---|------------------------------------|--|
|   |               |                             | _____   |                                    |  |
| Beleg-Nr.:  | Name, Vorname | Rechnungsbetrag/<br>Währung | Beginn und Ende der<br>Urlaubsreise   | Beginn und Ende der<br>Dienstreise | Verfügen Sie<br><br>- über eine anderweitige Auslandsreise-Krankenversicherung oder<br><br>- über einen anderen Versicherungsschutz im Ausland (z. B. über den ADAC, Ihre Kreditkarte oder die Mitgliedschaft in einem Rettungsdienst)?<br><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann nennen Sie<br><br>bitte nachfolgend den Namen der Gesellschaft sowie Ihre Versicherungs-Nr. bzw. Mitgliedsnummer:<br><br>_____<br>_____ |
|   |               |                             |   |                                    |  |
|   |               |                             |   |                                    |  |
|   |               |                             |   |                                    |  |
|   |               |                             |   |                                    |  |
|   |               |                             |   |                                    |  |
|   |               |                             |   |                                    |  |
| <b>Bitte erstatten Sie auf folgendes Konto:</b>   |               |                             |   |                                    |  |
| Inhaber   |               | Bank                        |   |                                    |  |
| Konto-Nr.   |               | BLZ                         |   |                                    |  |
| <b>Für den Fall, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. ihre Leistungspflicht gemäß den "Versicherungsbedingungen für die obligatorische Auslandsreise-Krankenversicherung" ablehnt, bin ich zur Absicherung der nach dem SGB V bestehenden Ansprüche damit einverstanden, dass die Barmenia Krankenversicherung die SECURVITA Krankenkasse schriftlich über die Leistungsablehnung informiert.</b><br><br><b>Mit dieser Unterschrift gebe ich zugleich die auf der Rückseite jeweils abgedruckte Schweigepflichtentbindungserklärung und Datenschutzerklärung ab.</b> |               |                             |   |                                    |  |

alle Felder für interne Vermerke der Barmenia

Ort, Datum, Unterschrift des Mitgliedes \*

Ort, Datum, Unterschrift der mitversicherten Person

\* ebenfalls Unterschrift aller mitversicherten Personen bzw. deren gesetzlicher Vertreter, soweit diese (wie z. B. jüngere Kinder) die Bedeutung der Erklärung nicht selbst beurteilen können

## Nach Bearbeitung durch Ihre SECURVITA Krankenkasse

bitte zurücksenden an:

Barmenia Krankenversicherung a. G.  
Postfach 10 17 06  
42017 Wuppertal

### Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen des vorgenannten Personenkreises bzw. der vorgenannten Institutionen, die in vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für die Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Meine Schweigepflichtentbindung zur Abklärung der geltend gemachten Leistungsansprüche bezieht sich zudem auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

### Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus der Vertragsdurchführung und Leistungsabwicklung (Versicherungsfälle) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Barmenia-Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir auf Wunsch auch sofort überlassen wird.

### Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer – soweit rechtlich zulässig - oder die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer die Befugnis zu erteilen, Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende der Versicherung eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen der versicherten Person(en) einzuholen. Dazu darf er Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese sind von ihrer Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(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) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in den Absätzen 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

### Klagefrist / Gerichtsstand / geltendes Recht

(1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch von dem Versicherungsnehmer/der versicherten Person nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Für Klagen aus der Vereinbarung gegen die versicherte Person ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig, wenn die versicherte Person keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland hat, wenn sie nach Vertragsschluss den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

(4) Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

### Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs 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.