

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung ausländischer Saisonarbeitskräfte (AVB)

(Stand: 01.01.2014)

Auslandsreise-Krankenversicherung – Tarif EH 1

Die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen (einschließlich medizinisch-technische Leistungen) sind bis zum 1,3fachen Satz der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig (vgl. § 3 Abs. 1 AVB).

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem in der Bundesrepublik Deutschland unvorhergesehen eingetretenen Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
2. 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. Als Versicherungsfall gilt auch Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Versichert ist die Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland, sofern die versicherte Person nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder in der Bundesrepublik Deutschland keinen ständigen Wohnsitz hat. Besitzt eine versicherte Person sowohl die deutsche Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staates, besteht Versicherungsschutz auch in der Bundesrepublik Deutschland, sofern die versicherte Person gemäß § 1 Abs. 5 versicherungsfähig ist.
5. Versicherungsfähig sind Personen, die im Ausland wohnen und vorübergehend in die Bundesrepublik Deutschland einreisen und als Saisonarbeitskräfte in der Landwirtschaft tätig sind, sofern sie das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Meldeliste bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
2. Der Versicherungsvertrag muss innerhalb von 14 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland und für die gesamte Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen werden.
3. Der Versicherungsvertrag kommt mit fristgerechtem Zugang der ordnungsgemäß ausgefüllten Meldeliste zustande.
4. Die Versicherung endet nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, spätestens mit Beendigung des Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland. Sollte sich die Dauer der Reise wider Erwarten verlängern, so kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf schriftlichen Antrag ausgedehnt werden. Dabei besteht jedoch Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) eingetreten sind.
5. Die höchstzulässige Versicherungsdauer beträgt 365 Tage.
6. Sofern die Reise vorzeitig abgebrochen wird, kann der für die entsprechende Zeit nicht verbrauchte Beitrag zurückvergütet werden.

§ 3 Umfang der Leistungspflicht

1. Die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind innerhalb der Regelhöchstsätze bis zum 1,3fachen Satz, der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den in der Bundesrepublik Deutschland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
3. Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den in der Bundesrepublik Deutschland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

5. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend 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. Der Versicherer erstattet zu 100 % die in der Bundesrepublik Deutschland entstandenen Heilbehandlungskosten für
 - ärztliche Behandlung
 - Arznei- und Verbandmittel
 - Heilmittel
 - Stützapparate (Gehstützen, Schienen) und Bandagen pro Versicherungsfall bis maximal 50,00 EUR
 - Krankenhausbehandlung
 - Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
 - schmerzstillende Zahnbehandlung und in diesem Zusammenhang Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Zahnsanierungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Implantate und kieferorthopädische Behandlung.
7. Darüber hinaus sind folgende Aufwendungen erstattungsfähig:
 - a) die notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport. Dieser liegt vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise sowie die Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson;
 - b) Überführungskosten zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise beim Tod einer versicherten Person während der Reise, oder
 - c) Beisetzungskosten in der Bundesrepublik Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise.

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - c) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie, für Hilfsmittel (z. B. Brillen, Einlagen) sowie für Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung;
 - d) für routinemäßige Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und geplanten Schwangerschaftsabbruchs sowie deren Folgen;
 - e) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - f) für auf Vorsatz und Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - h) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - i) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern und Kinder;
 - k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - l) für Überführungskosten einer Urne, wenn bei Tod eine Einäscherung vor Ort erfolgt.
2. Bei einer stationären Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Leistungen der Belegärzte gemäß der Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.
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. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfür-

sorge, oder Leistungen eines ausländischen Sozialversicherungsträgers, so ist der Versicherte nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen anderer Versicherungsträger notwendig bleiben.

5. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5

Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist durch Vorlage der Rechnungsurschriften zu belegen. Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person enthalten. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
2. Die Belege müssen ferner die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit 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 tragen. Für andere Leistungen sind die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind durch einen Leistungs- oder Ablehnungsvermerk nachzuweisen. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten ist durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung, die Berechtigung des Anspruches auf Überführungs- bzw. Bestattungskosten durch Vorlage einer amtlichen Sterbeurkunde und einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen.
3. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer ist berechtigt, beglaubigte Übersetzungen der Belege zu verlangen.
4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
5. 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.
6. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 6

Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Beendigung des Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland bzw. mit Beendigung des Rücktransportes oder der Überführung gemäß § 3 Abs. 7. AVB.
2. Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

§ 7

Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag und ist vor Versicherungsbeginn bzw. bei Antragstellung, spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages, zahlbar. Die Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats, aufgrund dessen ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgt, gilt als Zahlung.
2. Die Höhe des Beitrages ergibt sich aus den technischen Berechnungsgrundlagen und richtet sich nach der abgeschlossenen Versicherungsdauer von bis zu 91 Tagen und ab dem 92. Tag. Der Beitrag wird pro Person und Tag erhoben.

§ 8

Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen

1. Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen muss bis spätestens 3 Monate nach Ablauf der Versicherung geltend gemacht werden.
2. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
3. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind außerdem verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Insbesondere sind sie verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer zu entbinden und diese zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.
4. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
5. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
6. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der vorstehenden Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

**§ 9
Obliegenheiten und Folgen
bei Obliegenheitsverletzungen
bei Ansprüchen gegen
Dritte**

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Erstansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. 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 infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

**§ 10
Aufrechnung**

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

**§ 11
Willenserklärungen
und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart.

**§ 12
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 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

**§ 14
Fälligkeit der Geldleistung**

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

**§ 28
Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Ersatz-
ansprüchen

- (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 Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1
Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts gründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder 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 darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

