

Versicherungsbedingungen für die Jahres-Reise-Krankenversicherung

VB-KV 2021 (JRV-D)

Wir sind die HanseMerkur Reiseversicherung AG mit Sitz in Hamburg. Sie sind unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer, wenn Sie den Versicherungsvertrag mit uns abschließen.

Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit-)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls in diesen Versicherungsbedingungen mit „Sie“.

Für eine leichtere Lesbarkeit verwenden wir in der Regel die männliche Form. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

Inhalt

Teil A - Allgemeine Regelungen	2
1 Der Versicherungsschutz.....	2
1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?.....	2
1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....	2
1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?	2
1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?.....	2
2 Der Versicherungsvertrag.....	2
2.1 Bis wann und für welche Dauer schließen Sie den Vertrag ab?.....	2
2.2 Wann zahlen wir die Entschädigung?	2
2.3 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?.....	3
2.4 Wann verjähren Ihre Ansprüche?	3
2.5 Welches Gericht ist zuständig?.....	3
2.6 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?	3
3 Hinweise zur Zahlung der Versicherungsprämie	3
3.1 Zahlung der ersten Prämie.....	3
3.2 Zahlung der Folgeprämien.....	3
3.3 Prämienhöhe.....	3
3.4 Prämieinzug.....	3
4 Einschränkungen des Versicherungsschutzes.....	3
5 Allgemeine Hinweise für den Schadenfall.....	3
5.1 Wem können Sie einen Schadenfall melden?.....	3
5.2 Welche allgemeinen Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?.....	3
5.3 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	3
Teil B – Regelungen zum Versicherungsumfang	4
1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz.....	4
1.1 Was ist versichert?.....	4
1.2 Was ist ein Versicherungsfall?.....	4
1.3 Wo haben Sie Versicherungsschutz?	4
1.4 Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?.....	4
1.5 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?	4
2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?.....	4
2.1 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?	4
2.2 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?.....	4
2.3 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?	4
2.4 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?	5
2.5 Was leisten wir bei Schwangerschaft?.....	5
2.6 Was leisten wir bei einer Frühgeburt?	5
2.7 Was leisten wir bei einem Rücktransport?	5
2.8 Was leisten wir bei einer Bergung?	5
2.9 Was leisten wir, wenn der Versicherte stirbt?	5
2.10 Was leisten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?	5
2.11 Welchen zusätzlichen Service leisten wir?.....	5
2.12 Wann erhalten Sie zusätzlich eine Aufwandsentschädigung?.....	6
2.13 Wann verlängern wir Ihren Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus?.....	6
3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	6

3.1	In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	6
3.2	In welchen Fällen leisten wir nicht?	6
4	Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?.....	6
4.1	Unverzügliche Kontaktaufnahme.....	6
4.2	Verpflichtung zur Auskunft	6
4.3	Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten	7
Teil C - Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz		7
§ 19 Anzeigepflicht		7
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit.....		7
§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie.....		7
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen.....		7

Teil A - Allgemeine Regelungen

1 Der Versicherungsschutz

1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?

- 1.1.1 Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen
- 1.1.2 Neugeborene von versicherten Personen sind mit Vervollendung der Geburt zum Tarif ihrer Eltern krankenversichert. Voraussetzung ist, dass
- der Versicherungsvertrag mindestens seit 3 Monaten ununterbrochen bestand und
 - das Neugeborene innerhalb von 2 Monaten nach dem Tag der Geburt rückwirkend bei uns versichert wird und
 - kein anderweitiger Versicherungsschutz für das Neugeborene besteht.
- 1.1.3 Versicherungsfähig sind:
- Einzelpersonen
 - Familien
- mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland. Als Familie gelten maximal 2 Erwachsene und maximal 7 Kinder bis zum 21. Geburtstag. Es ist kein Verwandtschaftsverhältnis oder gemeinsamer Wohnsitz erforderlich.

1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 1.2.1 Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Zahlung der Prämie für alle Reisen, die Sie nach Vertragsschluss buchen. Für bereits gebuchte Reisen besteht Versicherungsschutz, wenn der Vertrag vor Antritt der Reise abgeschlossen wurde. Die Reise gilt als angetreten, sobald Sie nach dem Grenzübertritt das Land Ihres Wohnsitzes verlassen haben.

Wird der Vertrag erst nach Reiseantritt abgeschlossen, besteht Versicherungsschutz nur für folgende Reisen.

- 1.2.2 Der Versicherungsschutz gilt für beliebig viele vorübergehende versicherte Reisen, die innerhalb eines Jahres angetreten werden.

1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?

- 1.3.1 Ihr Versicherungsschutz endet
- mit Beendigung der Reise, mit dem Grenzübertritt in das Land, in dem Sie einen Wohnsitz haben oder
 - spätestens nach den ersten 56 Tagen der Reise.
- Endet das Versicherungsjahr während der Reise, besteht der Versicherungsschutz nur fort, sofern der Vertrag nicht gekündigt ist.
- 1.3.2 Dauert Ihre Reise länger als ursprünglich geplant?
- Wenn Sie dies nicht verschuldet haben und
 - die ursprüngliche Reisedauer 56 Tage nicht überschritten hätte,
- verlängern wir Ihren Versicherungsschutz bis zur Beendigung Ihrer Reise.

1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt für Auslands-Reisen weltweit. Als Ausland definieren wir jedes Land außer Deutschland, in dem Sie keinen Wohnsitz haben.

2 Der Versicherungsvertrag

2.1 Bis wann und für welche Dauer schließen Sie den Vertrag ab?

- 2.1.1 Sie können den Versicherungsvertrag jederzeit abschließen. Er beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt für die Dauer eines Jahres (Versicherungsjahr). Der Vertrag verlängert sich jeweils um 1 weiteres Versicherungsjahr, wenn weder Sie noch wir 1 Monat vor Ablauf kündigen.

- 2.1.2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

- 2.1.3 Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod oder wenn Sie aus der Bundesrepublik Deutschland wegziehen. Die versicherten Personen können innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen.

2.2 Wann zahlen wir die Entschädigung?

- 2.2.1 Wir zahlen innerhalb von 2 Wochen. Voraussetzung ist,
- dass unsere Pflicht, zu leisten, dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist.
 - dass uns die notwendigen Nachweise – diese gehen in unser Eigentum über – vorliegen.
- Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange wir Ihren Anspruch durch Ihr Verschulden nicht prüfen können.

- 2.2.2 Wir rechnen Ihre Kosten in ausländischer Währung zum Kurs des Tages in EUR um, an dem wir die Belege erhalten. Es gilt der amtliche Devisenkurs, außer Sie kauften die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs. Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:
- Kosten für die Überweisung von Leistungen in das Ausland oder
 - für besondere Überweisungsformen, die Sie beauftragten.

- 2.2.3 Möglicherweise haben Sie den Versicherungsschutz für Reisen auch bei anderen Versicherern. Das kann z. B. die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer privater Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche bei anderen Versicherern, sind diese vorrangig.

Ihnen stehen insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu. Wenn Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern haben, können Sie wählen, welchem Versicherer Sie den Schaden melden.

Wenn Sie den Schaden zuerst bei uns melden, werden wir Ihnen die Kosten erstatten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob und wie sie sich an den Kosten beteiligen. Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einer privaten Krankenversicherung, wenn Ihnen hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.

Weitere Informationen darüber lesen Sie unter Ziffer A.5.2.3.

2.3 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

In Ergänzung dieser Bestimmungen gelten das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie deutsches Recht.

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.hmr.de/datenschutz/information oder fordern Sie diese gern bei uns an.

2.4 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch von Ihnen angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt unterbrochen, zu dem unsere Entscheidung Ihnen zugeht.

2.5 Welches Gericht ist zuständig?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem

- wir unseren Sitz haben,
- Sie Ihren Wohnsitz haben,
- Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

2.6 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.). Die Vertragssprache ist Deutsch.

3 Hinweise zur Zahlung der Versicherungsprämie

3.1 Zahlung der ersten Prämie

- 3.1.1 Die erste Prämie ist sofort fällig, nachdem Sie den Versicherungsschein und die Prämienrechnung bekommen haben.
- 3.1.2 Zahlen Sie die erste Prämie zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt allerdings nur, wenn Sie für die Nichtzahlung verantwortlich sind und wenn wir Sie in Textform gesondert, z. B. im Versicherungsschein, auf diese Folge hingewiesen haben.
- 3.1.3 Wenn Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig zahlen, kann die HanseMerkur vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Die HanseMerkur kann nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

3.2 Zahlung der Folgeprämien

- 3.2.1 Die Folgeprämie gilt jeweils für 1 Versicherungsjahr. Sie ist jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres fällig.
- 3.2.2 Zahlen Sie die Folgeprämien nicht rechtzeitig, können wir Sie schriftlich zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen setzen. Haben Sie am Ende der Zahlungsfrist noch nicht gezahlt, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz und wir können den Vertrag kündigen. Das gilt nur, wenn wir Sie zusammen mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen haben.
- 3.2.3 Kündigen wir und zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Erhalt der Kündigung den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Kündigungszeitpunkt und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

3.3 Prämienhöhe

- Die Prämienhöhe für Einzelpersonen oder Familien sehen Sie in der Prämienübersicht. Sie ist in Beitragsstufen eingeteilt. Sie richtet sich nach dem Alter der versicherten Person.

- Falls Sie nicht mehr als Familie im oben beschriebenen Sinne gelten, stellen wir Ihren Vertrag auf den aktuellen Tarif für Einzelpersonen um. Dies erfolgt zum nächsten Zahlungstermin. Dazu erhalten Sie keine separate Mitteilung.

- 3.3.1 Versicherte Kinder stellen wir am Ende des Versicherungsjahres, in dem sie ihren 21. Geburtstag hatten, auf den aktuellen Tarif für Einzelpersonen um. Dazu erhalten Sie keine separate Mitteilung.
- 3.3.2 Werden Sie 65 Jahre alt, stellen wir ab der nächsten Zahlung der Prämie die Beitragsstufe auf die Beitragsstufe ab 65 Jahre um. Dazu erhalten Sie keine separate Mitteilung.
- 3.3.3 Wenn sich die Höhe der Prämie ändert, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen.

3.4 Prämieinzug

Ist Prämieinzug von einem Konto vereinbart, erfolgt dieser unverzüglich nach Mandatserteilung. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und Sie einer Einziehung nicht widersprechen. Konnte die Prämie ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn Sie diese unverzüglich nach unserer Aufforderung vornehmen.

4 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Wir leisten nicht, wenn Sie

- arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
- den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.

Hinweis: Beachten Sie bitte auch die Einschränkungen des Versicherungsschutzes im Teil B.

5 Allgemeine Hinweise für den Schadenfall

5.1 Wem können Sie einen Schadenfall melden?

Bei Notfällen hilft Ihnen unser 24-Stunden-Notruf-Service. Diesen erreichen Sie zu jeder Zeit und weltweit. Schadensmeldungen senden Sie bitte formlos an:

HanseMerkur (Reiseversicherung AG), Abteilung RLK,
Postfach, 20352 Hamburg,
E-Mail: reise-leistung@hansemerkur.de.

Sie können auch unser Online-Formular <https://mein-hmr.de/service/schadenmeldung/> nutzen.

5.2 Welche allgemeinen Pflichten (Obliegenheiten) haben Sie im Schadenfall?

- 5.2.1 Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.
- 5.2.2 Alle Auskünfte zum Schadenfall müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig machen. Sie müssen uns jede Auskunft erteilen und Nachweise erbringen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
- ob ein Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- 5.2.3 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf uns über. Wir beachten, dass Ihnen daraus kein Nachteil entsteht. Sie sind, falls erforderlich, verpflichtet, bei der Durchsetzung des Ersatzanspruches mitzuwirken.

Hinweis: Beachten Sie bitte auch die Obliegenheiten im Teil B.

5.3 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten oder die Obliegenheiten der einzelnen Versicherungen im Teil B verletzen,

sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Absatz 2-4 VVG. Diese finden Sie im Teil C.

Teil B – Regelungen zum Versicherungsumfang

1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz

1.1 Was ist versichert?

Wir leisten bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall.

1.2 Was ist ein Versicherungsfall?

Ein Versicherungsfall ist Ihre medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalles. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlung mehr notwendig ist. Als Versicherungsfall gelten auch

- Schwangerschaft und Entbindungen, sofern die Schwangerschaft nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist.
- medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft.
- Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche.
- Fehlgeburten.
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche.
- Tod.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie unter Ziffer 2. Bitte lesen Sie auch Ziffer 3 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, wann wir nicht leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

1.3 Wo haben Sie Versicherungsschutz?

Der Schutz der Versicherung erstreckt sich auf Reisen im Ausland im vertraglich vereinbarten Geltungsbereich. Nicht als Ausland gilt das Staatsgebiet, in dem Sie einen Wohnsitz haben.

1.4 Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Wählen Sie frei unter folgenden gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen

- Ärzten,
- Zahnärzten,
- Heilpraktikern,
- Chirotherapeuten,
- Osteopathen und
- Krankenhäusern.

Voraussetzung dafür ist, dass diese

- nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung (soweit vorhanden) oder
 - nach den ortsüblichen Gebühren berechnen.
- Das Krankenhaus muss im Aufenthaltsland
- anerkannt und zugelassen sein und
 - unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und
 - über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
 - Krankenakten führen.

1.5 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?

Wir leisten für

- Untersuchungen,
- Behandlungen,
- Arzneimittel,

die von der Schulmedizin anerkannt sind. Wir leisten auch für andere Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis ebenso bewährt haben oder
- die nur anstelle der Schulmedizin verfügbar sind.

Zu diesen Methoden zählt z. B.

- die homöopathische Behandlung oder
- anthroposophische Medizin oder
- Pflanzenheilkunde.

In diesen Fällen können wir die Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei vorhandener Schulmedizin anfällt.

2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

2.1 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?

Wir erstatten die Kosten für

- den Transport
 - zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder
 - zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus und
 - zurück in die Unterkunft.
- die Heilbehandlung.

2.2 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?

Sofern erforderlich, geben wir über unseren weltweiten Notruf-Service gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie ab.

Wir erstatten die Kosten für

- 2.2.1 den Transport
 - zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus und
 - zurück in die Unterkunft.
 - 2.2.2 die Heilbehandlung inklusive Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus.
 - 2.2.3 die Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn der Versicherte jünger als 18 Jahre alt ist.
 - 2.2.4 einen Krankenbesuch, wenn feststeht, dass Sie länger als 5 Tage im Krankenhaus bleiben müssen.
- Auf Wunsch organisieren wir in diesem Fall
- die Reise einer nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und zurück zum Wohnort und
 - übernehmen die Hin- und Rückreisekosten.
- Voraussetzung ist jedoch, dass Sie bei Ankunft der nahestehenden Person noch in stationärer Behandlung sind.
- 2.2.5 bis zu 10 Hotelübernachtungen versicherter Mitreisender, falls der gebuchte Aufenthalt aufgrund Ihres Krankenhausaufenthaltes unterbrochen oder verlängert werden muss. Der Betrag hierfür ist insgesamt auf 2.500,- EUR begrenzt.

Im Falle einer stationären Behandlung können Sie übrigens entscheiden:

- Sie erhalten von uns eine Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen (2.2.1–2.2.5)

oder

- Sie erhalten von uns ein Tagegeld von 50,- EUR pro Tag, maximal 30 Tage, ab Beginn der stationären Behandlung.

Dieses Wahlrecht haben Sie aber nur zu Beginn der stationären Behandlung.

2.3 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?

Wir erstatten die Kosten für

- schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen,
- Zahnfüllungen in einfacher Ausführung,
- provisorische Zahnersatzleistungen,
- Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz.

2.4 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?

Wir leisten, wenn diese von einem der unter Ziffer 1.4 aufgeführten Behandler verordnet sind, für medizinisch notwendige

- 2.4.1 Medikamente und Verbandmittel. Medikamente müssen Sie aus der Apotheke beziehen. Als Medikamente gelten nicht, auch wenn sie verordnet sind:
 - Nähr- und Stärkungsmittel sowie
 - kosmetische Präparate.
- 2.4.2 Heilmittel. Das sind
 - Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen,
 - Massagen,
 - medizinische Packungen,
 - Inhalationen,
 - Krankengymnastik.
- 2.4.3 Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern diese während Ihrer Reise zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung erforderlich sind. Wir erstatten die Mietgebühr für diese Hilfsmittel. Falls eine Leihe nicht möglich ist, erstatten wir den Kaufpreis. Kosten für Sehhilfen und Hörgeräte erstatten wir nicht.

2.5 Was leisten wir bei Schwangerschaft?

Wir erstatten die Kosten

- für Untersuchungen und/oder Behandlungen von einem Arzt wegen Schwangerschaftskomplikationen.
- bei einer Fehlgeburt.
- für eine Entbindung vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche.

Sofern die Schwangerschaft nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist, erstatten wir zusätzlich die Kosten für

- für 5 Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen
- die Entbindung nach Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche.

Wir erkennen auch Untersuchungs- und Behandlungsrechnungen von Hebammen oder Geburtshelfer an, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch einen Arzt in Rechnung gestellt werden.

2.6 Was leisten wir bei einer Frühgeburt?

Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, ersetzen wir bei einer Frühgeburt vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche die Kosten der notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes. Diese Leistung gewähren wir

- für den Zeitraum bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind oder
- bis zur Aufnahme in diesen Versicherungsvertrag gemäß den Regularien von Ziffer 1.1.2 im Teil A dieser Versicherungsbedingungen.

2.7 Was leisten wir bei einem Rücktransport?

Benötigen Sie einen Rücktransport zum nächsten geeigneten Krankenhaus an Ihrem Wohnort? Wir organisieren ihn und ersetzen die Kosten, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar.
- Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Behandlung im Krankenhaus im Ausland voraussichtlich 14 Tage.
- Die weitere Heilbehandlung im Ausland kostet voraussichtlich mehr als der Rücktransport.

Wir übernehmen auch die Kosten für den Transport einer mitversicherten Begleitperson.

Wir erstatten die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste geeignete Transportmittel.

2.8 Was leisten wir bei einer Bergung?

Ihnen sind nach einem Unfall Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten entstanden? Wir erstatten hierfür die Kosten bis zu einem Betrag von 5.000,- EUR.

2.9 Was leisten wir, wenn der Versicherte stirbt?

Wir organisieren die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz und übernehmen die Kosten hierfür. Alternativ erstatten wir die Kosten, um den Verstorbenen im Reiseland zu bestatten. Wir erstatten aber höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

2.10 Was leisten wir, wenn Kinder betreut werden müssen?

Können alle mitreisenden Betreuungspersonen die Reise aufgrund eines Versicherungsfalles nicht planmäßig fortführen oder beenden? Wir organisieren und bezahlen die Betreuung der versicherten minderjährigen Kinder, so dass sie

- die Reise fortsetzen oder
- die Reise abbrechen

können. Wir leisten auch für die zusätzlichen Rückreisekosten der Kinder.

2.11 Welchen zusätzlichen Service leisten wir?

2.11.1 Telefonkosten beim Kontaktieren des Notruf-Service

Im Versicherungsfall erstatten wir die Telefonkosten, die Ihnen durch das Kontaktieren des Notruf-Service entstehen.

2.11.2 Arzneimittelversand

Sind Ihnen ärztlich verordnete Arzneimittel auf der Reise abhandengekommen? Wir beschaffen sie in Abstimmung mit dem Hausarzt und schicken sie Ihnen zu oder benennen auf Ihren Wunsch Ersatzmedikamente, die vor Ort zur Verfügung stehen. Die Kosten für die Anschaffung der Arzneimittel tragen Sie. Sie müssen sie innerhalb 1 Monats nach der Reise an uns zurückzahlen.

2.11.3 Informationen über Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Nähe

Im Versicherungsfall informieren wir Sie über eine mögliche ärztliche Versorgung. Wenn möglich, nennen wir Ihnen einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt. Rufen Sie unseren weltweiten Notruf-Service an.

2.11.4 Informationsübermittlung zwischen Ärzten

Werden Sie stationär behandelt? Wir stellen auf Ihren Wunsch über den Notruf-Service den Kontakt zwischen

- einem von uns beauftragten Arzt und
- Ihrem Hausarzt und
- den behandelnden Krankenhausärzten

her. Wir sorgen während des Krankenhausaufenthaltes für die Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch informieren wir auch Ihre Angehörigen.

2.11.5 Gepäckrückholung

Sind alle versicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert oder verstorben? Dann organisieren wir die Rückholung des Reisegepäcks und übernehmen dafür die Kosten.

2.11.6 Psychologischer Beistand

Geraten Sie in eine Notsituation? Wir geben Ihnen über unseren Notruf-Service psychologischen Beistand und nennen Ihnen wenn möglich, einen deutsch- oder englisch sprechenden Psychotherapeuten. Nicht versichert sind die psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlungen.

2.11.7 Medizinischer Dolmetscher-Service

Haben Sie die medizinischen Begriffe Ihres behandelnden Arztes nicht verstanden? Wir erklären Ihnen über unseren Notruf-Service die Diagnose und andere medizinische Begriffe.

2.12 Wann erhalten Sie zusätzlich eine Aufwandsentschädigung?

Sie reichen alle Heilbehandlungskosten erst einem anderen Leistungsträger/Versicherer ein, der sich an der Kostenerstattung beteiligt. Dann erstatten wir Ihnen

- bei einer stationären Krankenhausbehandlung ein Krankenhaustagegeld bis zu 14 Tage von 50,- EUR pro Tag.
- bei einer ambulanten Behandlung einmalig 25,- EUR (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen).

2.13 Wann verlängern wir Ihren Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus?

Ihre Behandlung im Ausland dauert länger, weil

- Ihre Erkrankung über das ursprüngliche Ende des Versicherungsschutzes hinaus eine Heilbehandlung erfordert und
- Sie nicht transportfähig sind.

In diesem Fall verlängern wir die Dauer Ihres Versicherungsschutzes, bis Sie wieder transportfähig sind. Versichert ist dann auch ein notwendiger Rücktransport.

3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

3.1 In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Wir können die Leistungen auf einen angemessenen Betrag reduzieren, wenn

- die Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- die Kosten der Heilbehandlung das ortsübliche Maß übersteigen.

Nehmen Sie keine Schulmedizin in Anspruch, können wir die Leistungen auf den Betrag reduzieren, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel anfällt. (Näheres dazu unter Ziffer 1.5.)

3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist:

- 3.2.1 für Behandlungen,
 - die der alleinige Grund oder
 - einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- 3.2.2 für Behandlungen,
 - deren Notwendigkeit bei Reiseantritt feststand und
 - die aufgrund einer bereits bei Reiseantritt ärztlich diagnostizierten Erkrankung erfolgten.
- 3.2.3 für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbaren Krieg oder aktive Teilnahme an Gewalt während Unruhen entstehen. Als vorhersehbar gelten Krieg oder innere Unruhen, wenn das Auswärtige Amt Deutschlands – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht.
- 3.2.4 für Kuren und Behandlungen im Sanatorium sowie Rehabilitationen.

Ausnahme:

Sie unternehmen die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten 1. Grades.

- eines schweren Schlaganfalles,
- eines schweren Herzinfarktes oder
- einer schweren Erkrankung des Skeletts (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese)

und dienen zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus. In diesen Fällen haben Sie Versicherungsschutz, wenn

- Sie uns den geplanten Aufenthalt vor der Behandlung anzeigen und

- wir die Leistungen in Textform zugesagt haben.

3.2.5 für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

3.2.6 für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort.

Ausnahme:

- Die Heilbehandlung ist durch einen dort eintretenden Unfall notwendig.
- Sie haben sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zum Zweck einer Kur aufgehalten und erkranken dort.

3.2.7 für Behandlungen durch

- Ehegatten,
- Eltern,
- Kinder,
- Personen, mit denen Sie innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenleben.

Für nachgewiesene Sachkosten leisten wir auch in diesen Fällen.

3.2.8 für Behandlungen oder Unterbringung aufgrund

- Siechtum,
- Pflegebedürftigkeit oder
- Verwahrung.

3.2.9 für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.

3.2.10 für

- Stifftzähne,
- Einlagefüllungen,
- Überkronungen,
- kieferorthopädische Behandlungen,
- prophylaktische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und
- implantologische Zahnleistungen.

3.2.11 für Immunisierungsmaßnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen.

Ausnahme:

Es handelt sich um die unter Ziffer 2.5 aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaften.

4 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?

4.1 Unverzügliche Kontaktaufnahme

Nehmen Sie bitte unverzüglich mit unserem Notfall-Service Kontakt auf

- im Falle einer stationären Behandlung im Krankenhaus.
- vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

In allen anderen Fällen können Sie auch erst nach Ihrer Rückkehr Kontakt zu uns aufnehmen.

4.2 Verpflichtung zur Auskunft

Unsere Schadenanzeige müssen Sie vollständig ausgefüllt zurücksenden.

Halten wir es für notwendig, sind Sie verpflichtet, sich durch einen unserer Ärzte untersuchen zu lassen.

Wir benötigen von Ihnen folgende Nachweise, die unser Eigentum werden:

4.2.1 Originalbelege

- mit dem Namen der behandelten Person,
- die die Krankheit benennen und
- mit den vom Behandler erbrachten Leistungen nach
 - Art,
 - Ort und
 - Behandlungszeitraum.

Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis Rechnungskopien. Hierauf muss vermerkt sein, welche Positionen erstattet sind.

- 4.2.2 Rezepte zusammen mit der Behandlungsrechnung und Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung.
- 4.2.3 Eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn eine Überführung bzw. Bestattung gezahlt werden soll.
- 4.2.4 Weitere von uns angeforderte Nachweise und Belege, die wir benötigen, um unsere Leistungspflicht zu prüfen. Dies gilt nur, wenn Ihnen die Beschaffung billigerweise zumutbar ist.

4.3 Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus Ziffer A.5.3.

Teil C - Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

§ 19 Anzeigepflicht

(1) ¹Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. ²Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. ²In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. ²Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) ¹Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. ²Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) ¹Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 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 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.

§ 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.