

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch **nicht abschließend**. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Wir bieten Ihnen eine Krankenversicherung für Personen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres an, die sich als Sprachschüler, Student, Doktorand, Gastwissenschaftler oder Praktikant im Ausland aufhalten. Grundlage sind die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zum Produkt ReisePolice CAMPUS sowie alle weiteren im Antrag genannten Bedingungen und Vereinbarungen, soweit sie für das gewählte Produkt anwendbar sind.

2. Welche Risiken sind versichert?

Versichert sind im Rahmen der **Reisekrankenversicherung** ReisePolice CAMPUS die Aufwendungen sowie sonstige vereinbarte Leistungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung, den Krankentransport und die Überführung bei Tod bei einer während des Auslandsaufenthaltes akut auftretenden Krankheit oder Unfallfolgen.

Die **Reisehaftpflichtversicherung** versichert Sie gegen Schäden aus den Gefahren des täglichen Lebens für die Sie verantwortlich sind und anderen daher Ersatz leisten müssen. In diesem Zusammenhang regulieren wir nicht nur den Schaden, sondern prüfen auch, ob und in welcher Höhe eine Verpflichtung zum Schadensersatz besteht, wehren unbegründete Schadensersatzansprüche ab.

Die **Reiseunfallversicherung** bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Reise zustoßen. Es werden Versicherungsleistungen aus der vereinbarten Versicherungssumme erbracht, wenn ein Unfall während der versicherten Reise zum Tode oder zu einer dauernden Invalidität der versicherten Person führt. Ein Unfall liegt etwa vor, wenn Sie und/oder eine andere im Antrag genannte versicherte Person sich verletzen, weil Sie stolpern, ausrutschen, stürzen oder ähnliches, oder von anderen verletzt werden. Keine Unfälle dagegen sind Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z.B. Rückenleiden durch ständiges Sitzen, Schlaganfall, Herzinfarkte).

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil B Ziffer 1 – 3, Teil C Ziffer 1 – 7 und Teil D Ziffer 1 – 2 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

a) Für welche Personen besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die im Versicherungsschein genannte Person.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 1 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

b) Wo besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb Deutschlands für alle versicherten Personen mit Heimatland Deutschland. Soweit vereinbart, besteht Versicherungsschutz auch im Heimatland, wenn der Versicherungsvertrag für mindestens 12 Monate abgeschlossen wurde.

Für versicherte Personen mit Heimatland außerhalb Deutschlands besteht Versicherungsschutz in Deutschland und in den Ländern der EU, einschließlich Lichtenstein, Norwegen, Schweiz und Island, und, soweit vereinbart, auch vorübergehend im Heimatland, wenn der Versicherungsvertrag für mindestens 12 Monate abgeschlossen wurde.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 2 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag, wann müssen Sie ihn bezahlen und was passiert, wenn Sie ihn nicht oder verspätet zahlen?

Die Höhe des Versicherungsbeitrags richtet sich nach dem gewählten Tarif und der Versicherungslaufzeit. Sie können diesen nachfolgender Tabelle entnehmen:

Versicherungsdauer in Monaten monatlicher Beitrag		01. - 12.	13. - 36.	01. - 12. USA/Kananda	13. - 36. USA/Kananda
Basis	Gesamtbeitrag	30,- EUR*	50,- EUR*	43,- EUR*	72,- EUR*
Krankenversicherung		25,- EUR	45,- EUR	38,- EUR	67,- EUR
Haftpflicht-/Unfallversicherung**		5,- EUR*	5,- EUR*	5,- EUR*	5,- EUR*
Komfort	Gesamtbeitrag	36,- EUR*	58,- EUR*	50,- EUR*	80,- EUR*
Krankenversicherung		31,- EUR	53,- EUR	45,- EUR	75,- EUR
Haftpflicht-/Unfallversicherung**		5,- EUR*	5,- EUR*	5,- EUR*	5,- EUR*
Exklusiv	Gesamtbeitrag	53,- EUR*	68,- EUR*	70,- EUR*	90,- EUR*
Krankenversicherung		48,- EUR	63,- EUR	65,- EUR	85,- EUR
Haftpflicht-/Unfallversicherung**		5,- EUR*	5,- EUR*	5,- EUR*	5,- EUR*

** Die Reisehaftpflicht-/Reiseunfallversicherung kann optional abgeschlossen werden.

* monatliche Prämie für Reisehaftpflicht-/Reiseunfallversicherung inkl. der z. Zt. gültigen Versicherungssteuer

Der Versicherungsvertrag kann bis zu einer max. Laufzeit von 36 Monaten abgeschlossen werden.

Bitte bezahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins. Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Produktinformationsblatt für das Produkt ReisePolice CAMPUS (nach AVB ReisePolice CAMPUS)

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt setzen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn der Versicherer die verspäteten Zahlung bei uns.

Die Folgeprämien sind jeweils für einen Monat im Voraus fällig. Ist ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, wird die Prämie vom Konto des Versicherungsnehmers abgebucht, sonst ist die Prämie zu überweisen.

Kann die Folgeprämie zu diesem Termin nicht abgebucht werden oder wird diese nicht gezahlt, kann der Versicherer in Textform und auf Kosten des Versicherungsnehmers eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn der Versicherer die rückständigen Beiträge Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind. Nach Ablauf dieser Zahlungsfrist entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auch können wir den Vertrag kündigen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag und Teil A Ziffer 4 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, denn sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz herausgenommen.

Nicht versichert sind in der Krankenversicherung insbesondere Heilbehandlungen, von denen bei Antritt der Reise feststand, dass sie stattfinden mussten, noch Krankheiten oder Unfallfolgen, zu deren Heilbehandlung die Auslandsreise angetreten wurde, noch Heilbehandlungen aufgrund von Vorsatz, Drogen, Alkohol oder auch Sucht.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 5 und Teil B Ziffer 5 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Dies gilt sowohl für die Daten zum Aufenthalt, Beginn und Ende des Aufenthaltes als auch für die personenbezogenen Daten einschließlich des Geburtsdatums. Anderenfalls können wir uns vorzeitig von dem Vertrag lösen, und Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz. Gegebenenfalls können wir auch die Versicherungsbeiträge anpassen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 1 und 2 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

6. Welche Pflichten haben Sie im Schadenfall und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sie sind verpflichtet, alles zu vermeiden, was zu unnötigen Kostenerhöhungen führen könnte. Sie haben uns den Eintritt des Schadenereignisses unverzüglich anzuzeigen und sämtliche Belege bis spätestens zum Ablauf des Dritten Monats nach Beendigung der Versicherung einzureichen. Im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist eine mögliche Kostenübernahme mit uns abzuklären. Wenn Sie Versicherungsleistung beantragen, müssen Sie uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Leistungsumfanges erforderlich ist, dazu gehört neben dem Einreichen der Rechnungen und Arztberichte z.B. auch die Entbindung Ihrer Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht oder falls von uns gewünscht, die Pflicht zu einer Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt. Wird diesen Verpflichtungen nicht nachgekommen, kann dies zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 6 – 9 und Teil B Ziffer 5 und 6 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

7. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn die Zahlung des Beitrags rechtzeitig erfolgt, jedoch nicht vor Antragseingang, nicht vor Grenzüberschreitung und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten. Den beantragten Beginn Ihres Versicherungsschutzes entnehmen Sie dem Antrag. Der Vertrag endet ohne dass es einer Kündigung bedarf nach Beendigung des Aufenthaltes mit der Rückkehr ins Heimatland, spätestens jedoch mit dem vereinbarten Zeitpunkt.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 3 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

8. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können den Vertrag unabhängig von der vereinbarten Laufzeit täglich zum Ende des laufenden Versicherungsmonats kündigen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 4 in den AVB ReisePolice CAMPUS.

Tarif- und Leistungsübersicht zu ReisePolice CAMPUS

Versicherungsumfang	EXKLUSIV	KOMFORT	BASIS
A Allgemeiner Teil – Gültig für alle Versicherungen			
Ziffer 1. Versicherbarer Personenkreis	Deutsche und ausländische Studenten, Sprachschüler, Doktoranden, Gastwissenschaftler und Praktikanten	Deutsche und ausländische Studenten, Sprachschüler, Doktoranden, Gastwissenschaftler und Praktikanten	Deutsche und ausländische Studenten, Sprachschüler, Doktoranden, Gastwissenschaftler und Praktikanten
Ziffer 1.1.1 Aufnahmealter	bis Vollendung des 35. Lebensjahres	bis Vollendung des 35. Lebensjahres	bis Vollendung des 35. Lebensjahres
Ziffer 2. Geltungsbereich	Weltweit USA/Kanada gegen Beitragszuschlag	Weltweit USA/Kanada gegen Beitragszuschlag	Weltweit USA/Kanada gegen Beitragszuschlag
Ziffer 2.1.1 bzw. 2.1.2 Versicherungsschutz im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres	Bis zu 6 Wochen bei Reiseunterbrechung	nicht versichert	nicht versichert
Ziffer 4.1 Versicherungsdauer	Die Vertragsdauer beträgt mind. 1 Monat und max. 36 Monate.	Die Vertragsdauer beträgt mind. 1 Monat und max. 36 Monate.	Die Vertragsdauer beträgt mind. 1 Monat und max. 36 Monate.
B Reisekrankenversicherung			
Ziffer 3. Höhe der Kostenerstattung			
Ziffer 3.1 Ambulante Behandlung	100 % Für Behandlungen in Deutschland gilt im Rahmen der GOÄ/GOZ: • ärztliche Leistungen bis zum 2,3-fachen Satz • Labor-Leistungen (Nummer 437 sowie Abschnitt M) bis zum 1,15-fachen Satz • Technische Leistungen (Abschnitte A, E und O) bis zum 1,8-fachen Satz	100 % Für Behandlungen in Deutschland gilt im Rahmen der GOÄ/GOZ: • ärztliche Leistungen bis zum 2,3-fachen Satz • Labor-Leistungen (Nummer 437 sowie Abschnitt M) bis zum 1,15-fachen Satz • Technische Leistungen (Abschnitte A, E und O) bis zum 1,8-fachen Satz	100 % Für Behandlungen in Deutschland gilt im Rahmen der GOÄ/GOZ: • ärztliche Leistungen bis zum 2,3-fachen Satz • Labor-Leistungen (Nummer 437 sowie Abschnitt M) bis zum 1,15-fachen Satz • Technische Leistungen (Abschnitte A, E und O) bis zum 1,8-fachen Satz
Ziffer 3.2 Arznei- und Verbandmittel	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Ziffer 3.3 Behandlung wegen Schwangerschaft	Nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten	Nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten	Nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten
Ziffer 3.4 Stationäre Behandlung	unbegrenzt Bei Behandlung in Deutschland nur Regelleistung (im Mehrbettzimmer, keine privatärztliche Behandlung)	unbegrenzt Bei Behandlung in Deutschland nur Regelleistung (im Mehrbettzimmer, keine privatärztliche Behandlung)	unbegrenzt Bei Behandlung in Deutschland nur Regelleistung (im Mehrbettzimmer, keine privatärztliche Behandlung)
Ziffer 3.5 medizinisch notwendiger Krankentransport zur stationären Behandlung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Ziffer 3.6 unfallbedingt erforderliche Hilfsmittel	max. 750,- EUR je Versicherungsjahr	max. 500,- EUR je Versicherungsjahr	max. 250,- EUR je Versicherungsjahr
Ziffer 3.7 Schmerzstillende Zahnbehandlungen, Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung	max. 750,- EUR je Versicherungsjahr	max. 500,- EUR je Versicherungsjahr	max. 250,- EUR je Versicherungsjahr
Ziffer 3.8 Zahnersatz (sowie Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz)	50 % des Rechnungsbetrages, max. bis zu 750,- EUR je Versicherungsjahr	50 % des Rechnungsbetrages, max. bis zu 500,- EUR je Versicherungsjahr	50 % des Rechnungsbetrages, max. bis zu 250,- EUR je Versicherungsjahr
Ziffer 3.9. Rehabilitationsmaßnahmen	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt

Tarif- und Leistungsübersicht zu ReisePolice CAMPUS

Versicherungsumfang	EXKLUSIV		KOMFORT		BASIS	
Ziffer 3.10 Heilmittel	Ärztlich verordnete Heilmittel bis max. 750,- EUR je Versicherungsjahr		Ärztlich verordnete Heilmittel bis max. 500,- EUR je Versicherungsjahr		Ärztlich verordnete Heilmittel bis max. 250,- EUR je Versicherungsjahr	
Ziffer 4.1 Kosten des medizinisch sinnvollen Rücktransports	unbegrenzt		unbegrenzt		unbegrenzt	
Ziffer 4.2 Kosten der Überführung	max. 30.000,- EUR		max. 30.000,- EUR		max. 30.000,- EUR	
Ziffer 4.2 Bestattungskosten vor Ort	max. bis zur Höhe der Überführungskosten		max. bis zur Höhe der Überführungskosten		max. bis zur Höhe der Überführungskosten	
C Reiseunfallversicherung						
Ziffer 3. Versicherungssumme im Todesfall	5.000,- EUR		5.000,- EUR		5.000,- EUR	
Ziffer 4. Grundsumme für Invalidität	30.000,- EUR		30.000,- EUR		30.000,- EUR	
Ziffer 4. Leistung bei Vollinvalidität (100 %)	105.000,- EUR		105.000,- EUR		105.000,- EUR	
Ziffer 5. Progressive Invaliditätsstaffel	350 %		350 %		350 %	
Ziffer 6. Bergungskosten	5.000,- EUR		5.000,- EUR		5.000,- EUR	
Ziffer 7. Kosmetische Operation	5.000,- EUR		5.000,- EUR		5.000,- EUR	
D Reisehaftpflichtversicherung						
Ziffer 1. Deckungssumme für Personen- und Sachschäden pauschal	3.000.000,- EUR		3.000.000,- EUR		3.000.000,- EUR	
Ziffer 1. Deckungssumme für Vermögensschäden	50.000,- EUR		50.000,- EUR		50.000,- EUR	
Monatsprämien						
Versicherungsdauer in Monaten	01. – 12.	13. – 36.	01. – 12.	13. – 36.	01. – 12.	13. – 36.
Gesamtbeitrag	53,- EUR	68,- EUR	36,- EUR	58,- EUR	30,- EUR	50,- EUR
Reisekrankenversicherung	48,- EUR	63,- EUR	31,- EUR	53,- EUR	25,- EUR	45,- EUR
Reisehaftpflicht-/Reiseunfallversicherung *) **)	5,- EUR	5,- EUR	5,- EUR	5,- EUR	5,- EUR	5,- EUR
Monatsprämien für Aufenthalte in USA/Kanada						
Versicherungsdauer in Monaten	01. – 12.	13. – 36.	01. – 12.	13. – 36.	01. – 12.	13. – 36.
Gesamtbeitrag	70,- EUR	90,- EUR	50,- EUR	80,- EUR	43,- EUR	72,- EUR
Reisekrankenversicherung	65,- EUR	85,- EUR	45,- EUR	75,- EUR	38,- EUR	67,- EUR
Reisehaftpflicht-/Reiseunfallversicherung *) **)	5,- EUR	5,- EUR	5,- EUR	5,- EUR	5,- EUR	5,- EUR

*) monatliche Prämie für Reisehaftpflicht-/Reiseunfallversicherung inkl. der z. Zt. gültigen Versicherungssteuer

***) Die Reisehaftpflicht-/Reiseunfallversicherung kann optional zur Reisekrankenversicherung abgeschlossen werden.

Diese Übersicht stellt lediglich eine Kurzform des Versicherungsumfanges dar.

Maßgeblich sind die zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen und der im Versicherungsschein dokumentierte Tarif.

Unser weltweiter Notruf-Service auf Reisen ist rund um die Uhr unter der Telefonnummer **+49 (0) 931-2795-255** erreichbar.

A Allgemeiner Teil – gültig für alle Versicherungen

- 1. Welche Personen sind versichert/versicherungsfähig?**
- 1.1 Die im Versicherungsschein namentlich genannte Person ist versichert als Sprachschüler, Student, Doktorand, Gastwissenschaftler oder Praktikant, sofern die Versicherungsprämie gezahlt wurde.
 - 1.1.1 Versicherungsfähig sind Personen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.
- 1.2 Nicht versicherungsfähig und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

Ferner Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
- 2. Für welche Aufenthalte und Reisen gilt die Versicherung (Geltungsbe-
reich)?**
- 2.1 Innerhalb der vereinbarten Laufzeit der Versicherung gilt der Versiche-
rungsschutz für eine versicherte Person:
 - 2.1.1 mit Heimatland Deutschland:
 - für die Dauer des Aufenthaltes außerhalb Deutschlands
 - und, soweit vereinbart, auch vorübergehend im Heimatland, wenn der Versicherungsvertrag für mindestens 12 Monate abgeschlos-
sen wurde.
 - 2.1.2 mit Heimatland außerhalb Deutschlands:
 - für die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, der EU einschließ-
lich der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island
 - und, soweit vereinbart, auch vorübergehend im Heimatland, wenn der Versicherungsvertrag für mindestens 12 Monate abgeschlos-
sen wurde.
- 2.2 Als Heimatland gilt das Land, in welchem die versicherte Person seit
mindestens zwei Jahren vor Versicherungsbeginn ihren ständigen
Hauptwohnsitz hatte.
- 2.3 Reist eine versicherte Person während des Versicherungszeitraumes in
die USA und/oder Kanada, ist für jeden angefangenen Monat des Auf-
enthaltes in USA und/oder Kanada der Beitrag für Versicherungsschutz
in USA und/oder Kanada zu zahlen. Ausgenommen von dieser Regelung
bleiben alle Urlaubsreisen und Heimaturlaube in den USA und/oder Ka-
nada bis zu einer maximalen Aufenthaltsdauer von 42 Tagen innerhalb
des Versicherungsjahres.
- 3. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz/die Versiche-
rung?**
- 3.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein
bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), nicht vor Grenzüber-
schreitung und nicht vor Ablauf von evtl. Wartezeiten. Wartezeiten
rechnen ab Versicherungsbeginn bzw. bei Anschlussverträgen vom
Beginn des Anschlussvertrages an.
- 3.2 Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt
der Auslandsreise bzw. innerhalb von 10 Tagen nach Einreise in das
jeweilige Reiseland zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen
nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von 10 Tagen nach Einreise ist der
Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.
- 3.3 Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind
bzw. bereits bestanden haben, wird nicht geleistet.
- 3.4 Der Versicherungsschutz endet – in der Reisekrankenversicherung auch
für schwebende Versicherungsfälle – nach Beendigung des Aufent-
haltes mit der Rückkehr ins Heimatland, spätestens jedoch mit dem
vereinbarten Zeitpunkt.
- 3.5 Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherbarkeit gem. Ziff.
1.2 Teil A nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht
durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherbare
Person dennoch Prämie gezahlt, so wird diese innerhalb von 30 Tagen
zurückerstattet.
- 4. Welche Laufzeit hat der Vertrag und wann ist die Prämie zu zahlen?
Wie ändert sich die Prämie ab dem 13. Monat?**
- 4.1 Der Versicherungsvertrag kann für jeweils volle Monate, höchstens für
die Dauer von insgesamt 36 Monaten abgeschlossen werden. Das erste
Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten
Zeitpunkt und endet nach 12 Monaten. Alle folgenden Versicherungs-
jahre beginnen und enden zu diesem Zeitpunkt.
- 4.2 Bei Vertragsverlängerung besteht Versicherungsschutz nur für die
Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die
nach Beantragung der Verlängerung neu eingetreten sind.
- 4.3 Der Versicherungsvertrag kann vom Versicherungsnehmer oder der

- versicherten Person täglich zum Monatsende gekündigt werden. Er
endet außerdem zum vereinbarten Versicherungsablauf, wenn die ver-
sicherte Person nicht ausreist, oder zum Ausreisezeitpunkt, wenn der
Aufenthalt vorzeitig beendet wird. Auf Verlangen ist die Nichtausreise
oder die vorzeitige Beendigung des Aufenthaltes innerhalb von zwei
Wochen nachzuweisen.
- 4.4 Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch,
wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam,
wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der
Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und der Versicherungsneh-
mer dieses entsprechend nachweist. Die versicherte Person hat das
Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen
Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist vor
Ablauf des Versicherungsvertrages abzugeben.
 - 4.5 Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämie unverzüglich nach
Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem im
Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
 - 4.6 Die Folgeprämien sind jeweils für einen Monat im Voraus fällig.
Ist ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, wird die Prämie vom Konto des
Versicherungsnehmers abgebucht, sonst ist die Prämie zu überweisen.
Kann die Folgeprämie zu diesem Termin nicht abgebucht werden oder
wird diese nicht gezahlt, kann der Versicherer in Textform und auf
Kosten des Versicherungsnehmers eine Zahlungsfrist von mindestens
zwei Wochen setzen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn der Ver-
sicherer die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im
Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf
verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge
jeweils getrennt anzugeben.
Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versiche-
rungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles mit der Zahlung der
Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht
zur Leistung verpflichtet.
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 in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der
Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam,
wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kün-
digung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist,
innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet.
 - 4.7 Ab dem 13. Monat erhöht sich die monatliche Prämie gemäß dem
vereinbarten Tarif.
 - 5. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?**
Nicht versichert sind Schäden durch Streik, Innere Unruhen, Kriegser-
eignisse, Kernenergie, Eingriffe von hoher Hand, Teilnahme an Expedi-
tionen und Vorsatz.
 - 6. Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten (Obliegen-
heiten)?**
 - 6.1 Die versicherte Person ist verpflichtet,
 - 6.1.1 den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu ver-
meiden;
 - 6.1.2 den Schaden unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
 - 6.1.3 aufgrund der mit dem Versicherer getroffenen Vereinbarung nach
Eintritt des Versicherungsfalles jede Auskunft zu erteilen, die zur Fest-
stellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht
erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit).
Weiterhin hat die versicherte Person dem Versicherer die sachgerechte
Prüfung der Leistungspflicht insoweit zu ermöglichen, als die ver-
sicherte Person alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Tatbestandes
dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls
verlangen, dass zum Nachweis die Rechnungsbelege im Original ein-
gereicht werden, die Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden
und es dem Versicherer gestattet wird, Ursache und Höhe des geltend
gemachten Anspruchs in zumutbarer Weise zu prüfen. Wenn das Recht
auf die vertragliche Leistung nicht der versicherten Person, sondern
einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und
zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.
 - 6.2 Die versicherte Person hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf
des dritten Monats nach Beendigung der Versicherung einzureichen.
 - 6.3 Macht die versicherte Person entgegen den vertraglichen Vereinba-
rungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder

stellt die versicherte Person dem Versicherer vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung oder verletzt sie sonstige vertragliche Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößt die versicherte Person grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verliert die versicherte Person ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann die Leistung im Verhältnis zur Schwere ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat.

Trotz Verletzung der Obliegenheiten der versicherten Person zur Auskunft, zur Aufklärung, zur Beschaffung von Belegen oder sonstiger vertraglicher Obliegenheiten, bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person nachweist, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat. Verletzt die versicherte Person die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

7. Was gilt, wenn die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte hat?

7.1 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf den Versicherer über, soweit der versicherten Person daraus kein Nachteil entsteht.

7.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, in diesem Rahmen Ersatzansprüche an den Versicherer abzutreten.

7.3 Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen gehen der Eintrittspflicht des Versicherers vor. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherungsträger. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage von Rechnungsbelegen im Original zunächst den Versicherer in Anspruch, tritt dieser in Vorleistung.

8. Wann verliert die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsleistung?

Der Versicherer wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles den Versicherer durch unzutreffende Angaben über Umstände täuscht oder zu täuschen versucht, die für die Leistungspflicht nach Grund und/oder Höhe von Bedeutung sind.

9. Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform und sind an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle zu richten.

10. Welches Gericht ist zuständig? Welches Recht findet Anwendung?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung des Versicherers. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die versicherte Person müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person zuständig ist.

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

2. Was sind Wartezeiten?

2.1 Die Wartezeit definiert einen Zeitraum, in welchem keine Leistungspflicht für den Versicherer besteht. Dieser Ausschluss der Leistungspflicht kann sich auf einzelne Bereiche beschränken oder aber generell gelten. Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.

2.2 Die Wartezeit bei Schwangerschaft und Entbindung beträgt acht Monate.

3. Welche Kosten werden bei Heilbehandlung im Geltungsbereich erstattet?

Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen für die im Geltungsbereich notwendige ärztliche Hilfe, jeweils im Rahmen der in dem Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen und Höchstbeträgen.

Innerhalb Deutschlands werden ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen gem. Ziff. 3 Teil B höchstens mit dem 2,3-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vergütet; überwiegend medizinisch-technische Leistungen werden höchstens mit dem 1,8-fachen Satz vergütet, Laborleistungen höchstens mit dem 1,15-fachen Satz. Die Kosten stationärer Behandlung laut Ziff. 3.4 Teil B werden nach dem jeweils geltenden Regelsatz der gebietszuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse erstattet.

Der Versicherer erstattet die Kosten der Heilbehandlung über die vereinbarte Laufzeit der Versicherung hinaus bis zum Tag der Transportfähigkeit, sofern ein Rücktransport bis zum Ende der vereinbarten Laufzeit des Versicherungsschutzes wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist, max. für die Dauer von 90 Tagen nach Versicherungsende.

Dazu gehören die Kosten für:

3.1 ambulante Behandlung durch einen Arzt;

3.2 Heilbehandlungen sowie Arznei- und Verbandmittel, die der versicherten Person ärztlich verordnet wurden;

3.3 die ärztliche Betreuung und Behandlung von Schwangerschaften, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind und nach Ablauf der Wartezeit (Ziff. 2.2 Teil B).

Dies umfasst die Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation sowie deren Folgen. Die Aufwendungen für Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft werden in folgendem Umfang erstattet – die Aufwendungen für das erste Screening vom Beginn der 9. bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche, für das zweite Screening vom Beginn der 19. bis zum Ende der 22. Schwangerschaftswoche und für das 3. Screening vom Beginn der 29. bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche. Weitere Ultraschalluntersuchungen werden nur bei medizinischer Indikation (Auffälligkeiten und Komplikationen) und nach vorheriger schriftlicher Leistungsusage durch den Versicherer erstattet. Für Aufwendungen, die durch die Behandlung eines Neugeborenen entstehen, besteht kein Versicherungsschutz. Ansonsten wird Kostenersatz nur insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltswort zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter und Kind erforderlich ist.

3.4 die stationäre Behandlung im Krankenhaus einschließlich unaufschiebbarer Operationen. Bei Behandlung in Deutschland in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) und ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).

3.5 den medizinisch notwendigen Krankentransport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus im Geltungsbereich. Ebenso werden die Kosten übernommen, wenn sich eine stationäre Behandlung im Nachhinein als nicht erforderlich erweist und die weitere Behandlung ambulant erfolgt.

3.6 unfallbedingt erforderliche Hilfsmittel, in einfacher Ausführung im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze.

3.7 schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (Amalgamfüllungen) sowie Reparaturen von Zahnersatz im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze.

3.8 Zahnersatz im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze.

3.9 medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Rehabilitationsmaßnahmen als Anschlussheilbehandlung im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze.

3.10 ärztlich verordnete Heilmittel im Rahmen der tariflich vereinbarten Höchstgrenze.

4. Welche Kosten erstattet der Versicherer bei Krankenrücktransport und Überführung?

Der Versicherer ersetzt die Mehraufwendungen für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern eine der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt wird:

4.1 Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar;

4.1.1 Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage;

4.1.2 Die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

4.2 Der Versicherer ersetzt die unmittelbaren Kosten für die Überführung des verstorbenen Versicherten in sein Heimatland zur Bestattung oder die unmittelbaren Kosten der Bestattung vor Ort.

B Bedingungen für die Reisekrankenversicherung

1. Was ist versichert?

1.1 Versichert sind die Kosten

1.1.1 der Heilbehandlung

1.1.2 des Krankentransports

1.1.3 der Überführung bei Tod

bei akut eintretenden Krankheiten und Unfallfolgen während des Aufenthaltes.

Versichert sind ebenso die Kosten für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat und nach Ablauf einer Wartezeit von acht Monaten.

5. Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind zu beachten?

- Kein Versicherungsschutz besteht für
- 5.1 Heilbehandlungen und andere ärztlich bzw. zahnärztlich angeordnete Maßnahmen, die ein Anlass für den Aufenthalt sind;
 - 5.2 Krankheiten einschließlich deren Folgen, die innerhalb von 12 Monaten vor Versicherungsbeginn, bereits diagnostiziert oder der versicherten Person bekannt waren. Dies gilt auch für Schwangerschaften, bei denen die Konzeption (Befruchtung) bereits vor Versicherungsbeginn lag. Ferner auch Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor Reiseantritt oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt waren oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste.
 - 5.3 Behandlungen von Tuberkulose, Diabetes, Tumoren sowie für Dialysebehandlungen, sofern die Erkrankung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Versicherungsbeginn bestand oder bekannt war;
 - 5.4 Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - 5.5 Zahnbehandlungen, die über schmerzstillende Behandlungen, Reparaturen von Zahnersatz und Provisorien hinausgehen, wie Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen, Zahnkosmetik sowie kieferorthopädische und implantologische Maßnahmen;
 - 5.6 Massagen- und Wellness-Behandlungen sowie die Anschaffung von Prothesen und Hilfsmitteln, soweit Versicherungsschutz nicht ausdrücklich vereinbart ist;
 - 5.7 Behandlung von Alkohol-, Drogen- und anderen Suchtkrankheiten und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport;
 - 5.8 Unfall- oder Krankheitskosten hervorgerufen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Missbrauch von Alkohol, Drogen, Rausch- oder Betäubungsmitteln, Schlaftabletten oder sonstigen narkotischen Stoffen beruhen;
 - 5.9 Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - 5.10 Schwangerschaftsunterbrechungen, soweit nicht medizinisch indiziert und deren Folgen einschließlich Krankenrücktransport;
 - 5.11 durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung einschließlich Krankenrücktransport;
 - 5.12 die Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten, sowie Hypnose und Psychotherapie einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel und Krankenrücktransport;
 - 5.13 Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
 - 5.14 weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch in der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden.

6. Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen (Obliegenheiten)?

- (Ergänzung zu den in Ziffer 6 Teil A aufgeführten Obliegenheiten)
Die versicherte Person ist verpflichtet,
- 6.1 im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie vor Abgabe von Zahlungsanerkennnissen unverzüglich Kontakt zum Versicherer aufzunehmen;
 - 6.2 ihrem Rücktransport oder der Rückführung in ihr Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn der Versicherer den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt;
 - 6.3 die entsprechenden Belege einzureichen. Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen tragen.

7. Welche zusätzlichen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz der Krankenversicherung während eines Aufenthaltes im Ausland?

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in EUR umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der Kurs gemäß den „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherte weist durch Bankbeleg nach, dass er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigerem Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

C Bedingungen für die Reiseunfallversicherung

1. Was ist versichert? Was ist ein Unfall?

- 1.1 Der Versicherer erbringt, soweit vereinbart, Versicherungsleistungen aus der vereinbarten Versicherungssumme, wenn ein Unfall während des versicherten Aufenthaltes zum Tod oder zu dauernder Invalidität der versicherten Person führt, sowie für Bergung und für unfallbedingte kosmetische Operationen.
- 1.2 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

2. Unter welchen Voraussetzungen besteht kein Versicherungsschutz?

- Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
- 2.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - 2.2 Unfälle, die der versicherten Person bei vorsätzlicher Ausführung einer Straftat oder dem Versuch einer Straftat zustoßen;
 - 2.3 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
 - 2.4 Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte) sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
 - 2.5 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und andere im Einverständnis mit der versicherten Person vorgenommene Eingriffe in ihren Körper, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;
 - 2.6 Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Infektionen und Vergiftungen;
 - 2.7 Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass der Unfall die überwiegende Ursache ist;
 - 2.8 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

3. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Tod der versicherten Person?

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod der versicherten Person, zahlt der Versicherer die vereinbarte Versicherungssumme an die Erben.

4. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei dauernder Invalidität der versicherten Person?

Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht ein Anspruch aus der für den Invaliditätsfall versicherten Grundsumme von 30.000,- EUR mit einer progressiven Invaliditätsstafel von 350 %.
Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

- 4.1 Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
- 4.2 Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
Als feste Invaliditätsgrade gelten unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität:

4.2.1 bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile oder Sinnesorgane	
Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchs- oder Geschmackssinn	10 %

- Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes. Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit mehrerer Körperteile (z.B. Hand und Finger; Fuß und Bein) der gleichen Extremität, ist bei der Bemessung des Invaliditätsgrades vom übergeordneten Körperteil (Handwert und nicht Fingerwert) auszugehen. Eine Addition der Prozentwerte des Invaliditätsgrades der betroffenen Körperteile der gleichen Extremität erfolgt nicht. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt dies entsprechend.
- 4.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 4.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziff. 4.2.1 und 4.2.2 Teil C zu bemessen.
- 4.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammen gerechnet. Dies gilt nicht für Ziff. 4.2.1 Teil C. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 4.2.5 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- 4.2.6 Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder später als ein Jahr nach dem Unfall und war der Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

5. Welchen Vorteil hat die vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel von 350 %?

Führt ein Unfall gem. Ziff. 1 Teil C nach den Bemessungsgrundsätzen gem. Ziff. 4.2.1 und 4.2.2 Teil C zu einer dauernden Invalidität (s. Ziff. 4 Teil C), werden bei der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die einfache Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünf-fache Invaliditätssumme.

6. Welche Leistung erbringt der Versicherer bei Bergung der versicherten Person?

Der Versicherer leistet im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für Such-, Rettungs- und Bergungskosten, wenn die versicherte Person nach einem Unfall gerettet oder geborgen werden muss, oder wenn die versicherte Person vermisst wird und zu befürchten ist, dass ihr etwas zugestoßen ist.

7. Welche Leistung erbringt der Versicherer für unfallbedingte kosmetische Operationen?

- 7.1 Der Versicherer leistet im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene Arztkosten und sonstige Operationskosten sowie für notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, sofern die Körperoberfläche der versicherten Person durch den Unfall (s. Ziff. 1 Teil C) derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person dauernd beeinträchtigt ist.
- 7.2 Zur Behebung der unfallbedingten Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes hat sich die versicherte Person innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall einer kosmetischen Operation oder einer klinischen Behandlung unterzogen. Der Beginn der Behandlung ist dem Versicherer im Vorfeld anzuzeigen.
- 7.3 Kein Ersatz wird geleistet für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten. Ebenso ausgeschlossen ist der Ersatz der Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wurde.

8. Welche Einschränkungen gibt es bei der Leistung?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

9. Was ist nach Eintritt eines Unfalls zu unternehmen?

(Ergänzung zu den in Ziffer 6 Teil A aufgeführten Obliegenheiten)

- 9.1 Die versicherte Person ist verpflichtet,
- 9.1.1 sich von den durch den Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen; die für die Untersuchung notwendigen Kosten trägt der Versicherer.
- 9.1.2 die behandelnden oder begutachtenden Ärzte, andere Versicherer und Behörden von der Schweigepflicht zu entbinden;
- 9.1.3 den Versicherer mindestens einen Monat vor der Abreise aus Deutschland den Tag der beabsichtigten Ausreise in ihr Heimatland mitzuteilen.
- 9.2 Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn diesem der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

10. Wann zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität?

- 10.1 Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen sind, ist er verpflichtet, innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.
- 10.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von zwei Wochen.
- 10.3 Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann die Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens nur bis zur Höhe der Todesfallsumme beansprucht werden.
- 10.4 Die versicherte Person und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss vom Versicherer mit Abgabe der Erklärung entsprechend Ziff. 10.1 Teil C von der versicherten Person vor Ablauf der Frist ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

D Bedingungen für die Reisehaftpflichtversicherung

1. Welches Risiko übernimmt der Versicherer?

Der Versicherer bietet, sofern vereinbart, Versicherungsschutz gegen Haftpflichtrisiken des täglichen Lebens bis zur vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während des Aufenthaltes wegen eines Schadeneignisses aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Schadeneignisse sind Tod, Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden).

Ebenfalls mitversichert sind Vermögensschäden, die sich aus einem versicherten Personen- oder Sachschaden ergeben haben.

2. In welcher Weise schützt der Versicherer die versicherte Person vor Haftpflichtansprüchen, und in welchem Umfang leistet der Versicherer Entschädigung?

- 2.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere:
- 2.1.1 als Familien- und Haushaltsvorstand (z.B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige)
- 2.1.2 als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb)
- 2.1.3 aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in Ziff. 3.3 Teil D genannten Sportarten)
- 2.1.4 als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert)
- 2.2. Umfang der Leistung
- 2.2.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadenersatzansprüche und die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzansprüchen. Berechtig sind Schadenersatzansprüche dann, wenn die versicherte Person aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleichs zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, insoweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte. Ist die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für den Versicherer festgestellt, hat der Versicherer die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadenersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers oder des Mitversicherten auf seine Kosten.
- 2.2.2 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadeneignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person vom Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt er die gebührenordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
- 2.2.3 Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, hat der Versicherer für den daraus entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

- 2.2.4 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist die Entschädigungsleistung auf das Einfache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.
- 2.2.5 Mehrere zeitlich zusammenhängende Versicherungsfälle aus derselben Ursache gelten als ein Versicherungsfall. Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die Versicherungssumme angerechnet. Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe dieser Ansprüche. Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente von dem Versicherer erstattet. Für die Berechnung des Rentenwertes gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles. Bei der Berechnung des Betrages, mit dem die versicherte Person sich an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.
- 2.2.6 Die Reisehaftpflichtversicherung gilt subsidiär, d.h. Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung ist, dass ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung erbracht hat, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat. Ein Anspruch aus der Reisehaftpflichtversicherung besteht somit nicht, soweit die versicherte Person Ersatz aus einem konkurrierenden, anderen, eigenen oder fremden, vor oder nach Abschluss dieses Vertrages geschlossenen Versicherungsvertrag beanspruchen kann.
- 3. Welche Risiken sind nicht versichert?**
Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf
- 3.1 Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen.
- 3.2 Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
- 3.3 Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport wie Judo, Kungfu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu.
- 3.4 Glasschäden.
- 3.5 Haftpflichtansprüche wegen Schäden
- 3.5.1 an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat, oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
- 3.5.2 die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z.B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind.
Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer wie für die durch den Versicherungsvertrag mitversicherten Personen.
Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungsleistung tretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung, auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrtragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).
- 3.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrag oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen.
- 3.7 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z.B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.
- 3.8 Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
- 3.9 Haftpflichtansprüche
- 3.9.1 aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind),
- 3.9.2 zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages,
- 3.9.3 von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen,
- 3.9.4 von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften,
- 3.9.5 von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine,
- 3.9.6 von Liquidatoren.
- Die Ausschlüsse unter Ziff. 3.9.2 – 3.9.6 Teil D erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 3.10 Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigten. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdender.
- 3.11 Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen sowie Sachschäden, die durch Krankheit der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind.
- 3.12 Haftpflichtansprüche aus Schäden an beweglichen Gegenständen (z.B. Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, Geschirr, Teppiche, etc.) in dem von der Gastfamilie bewohnten Haus oder der von der Gastfamilie bewohnten Wohnung (Haupt-, Neben- und Urlaubswohnsitz), einschließlich des hierzu gehörenden Grundstückes und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenräume.
- 3.13 die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
- 3.14 die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.
- 3.15 die Haftpflicht aus der Ausübung eines Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.
- 3.16 die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.
- 4. Was muss die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles unbedingt beachten? (Obliegenheiten)**
(Ergänzung zu den in Ziffer 6 Teil A aufgeführten Obliegenheiten)
Versicherungsfall ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.
- 4.1 Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadenersatzansprüche erhoben wurden.
- 4.2 Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch erhoben, ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder ihr gerichtlich der Streit verkündet, hat sie dies ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.
Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz muss die versicherte Person fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung des Versicherers bedarf es nicht.
- 4.3 Die versicherte Person hat außerdem dem Versicherer anzuzeigen, wenn ein Anspruch unter Einschaltung gerichtlicher oder staatlicher Hilfe geltend gemacht wird.
- 4.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisung des Versicherers nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen soweit es der versicherten Person zumutbar ist und alles zu tun, was zur Aufklärung des Schadenfalls dient. Sie hat ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadenbericht zu erstatten und alle Umstände, die mit dem Schadenereignis in Zusammenhang stehen, mitzuteilen sowie die entsprechenden Schriftstücke einzureichen.
- 4.5 Wird gegen die versicherte Person ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, hat sie die Führung des Verfahrens dem Versicherer zu überlassen.
Er beauftragt in ihrem Namen einen Rechtsanwalt. Die versicherte Person muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.
- 4.6 Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Leistet die versicherte Person dennoch Entschädigung, ohne zuvor das Einverständnis des Versicherers einzuholen, ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, die versicherte Person konnte nach den Umständen die Anerkennung oder die Leistung der Entschädigung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.
- 4.7 Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder die Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, ist die versicherte Person verpflichtet, dieses Recht in ihrem Namen vom Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Ziff. 4. Teil D finden entsprechend Anwendung.
- 4.8 Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

E Auszug aus dem Versicherungsvertrags- gesetz (VVG)

§ 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 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 Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 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.

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG

Kundeninformationen nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Informationen zum Versicherungsunternehmen

1. Identität, ladungsfähige Anschrift des Versicherers und zuständige Aufsichtsbehörde

Versicherer ist die Würzburger Versicherungs-AG, eine Aktiengesellschaft deutschen Rechts.
Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg, Deutschland
Telefon: +49 931 2795-0, Telefax: +49 931 2795-291, www.wuerzburger.com
Handelsregister: Sitz Würzburg, HR Würzburg B 3500
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. Dr. Ronald Frohne
Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vorsitzender), Timo Hertweck

Die Würzburger Versicherungs-AG unterliegt der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Tel. +49 (0) 228 4108-0, Internet: www.bafin.de. Sollten Sie mit einer Entscheidung oder Verhaltensweise unsererseits nicht einverstanden sein und hat auch eine Beschwerde an unseren Vorstand keine Abhilfe geschaffen, können Sie sich über eine Petition an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden. Die Möglichkeit, Ihre Beschwerde auf dem Rechtsweg geltend zu machen, bleibt hiervon unberührt.

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Würzburger Versicherungs-AG ist der Betrieb der Reise-, Haftpflicht-, Unfall- und Sachversicherung für private Haushalte.

3. Angaben für das Bestehen eines Garantiefonds o. ä.

Für Ihre Versicherungen besteht kein Garantiefonds o. ä.

Informationen zur angebotenen Leistung

4. Wesentliche Merkmale der Vertragsbestimmungen

Grundlage des Versicherungsvertrages sind der Antrag, der Versicherungsschein und etwaige Nachträge. Es gelten je nach gewünschtem Deckungsumfang die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen zu den entsprechenden Produkten, sowie eventuell mit Ihnen getroffene Vereinbarungen und die gesetzlichen Bestimmungen. Maßgeblich für den Geltungsbereich der Bedingungen ist der gewählte Deckungsumfang laut Antrag, Versicherungsschein und eventueller Nachträge. Einzelheiten zu den Vertragsgrundlagen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die versicherten Leistungsarten ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein. Die Entschädigung wird fällig, wenn unsere Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach von uns festgestellt ist. Die Auszahlung der Entschädigung erfolgt danach binnen zwei Wochen. Einzelheiten zu den versicherten Leistungen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

6. Gesamtpreis der Versicherungen (Beitrag)

Der zu entrichtende Gesamtpreis ergibt sich aus dem Umfang des von Ihnen gewählten Versicherungsschutzes und ist dem Antrag zu entnehmen. Er beinhaltet auch die Versicherungssteuer und gegebenenfalls die Ratenzahlungszuschläge. Einzelheiten zum Preis und seinen Bestandteilen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

7. Zusätzlich anfallende Kosten

Es fallen keine weiteren Gebühren oder Kosten an, außer eventuellen Mahngebühren sowie den uns entstandenen Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines SEPA-Lastschrifteneinzugsverfahrens trotz erteiltem Abbuchungsauftrag. Wenn Sie uns anrufen, ein Fax oder E-Mail senden, so gelten dabei die Preise Ihres Telekommunikations- oder Mobilfunkanbieters.

8. Zahlung und Erfüllung

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig vom Bestehen des Widerrufsrechts sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag zu zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt erst mit Zahlung der geschuldeten Prämie (Erstprämie), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz ab diesem Zeitpunkt. Das gilt jedoch nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung oder die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

9. Gültigkeitsdauer des Angebots- bzw. Antragsdokuments

Die zur Verfügung gestellten Angebots- und Antragsdokumente sind zeitlich unbefristet gültig.

Informationen zum Versicherungsvertrag

10. Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der Antrag oder falls der Vertrag im Wege des Fernabsatzgesetzes (per Telefon, per Internet) zustande kommt, Ihre diesbezügliche Vertragserklärung; unsere Willenserklärung ist der Versicherungsschein. Sie sind 14 Tage an Ihren Antrag gebunden (Antragsbindefrist). Der Vertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins bei Ihnen rechtlich zustande.

Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG

11. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen mittels eindeutiger Erklärung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (§312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG, Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0931/2795-290.

Einen Widerruf per E-Mail richten Sie bitte an folgende Adresse:

vt@wuerzburger.com.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr 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 Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrages. 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 (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung.

12. Vertragslaufzeit

Die mögliche Laufzeit des Vertrages ist dem Antrag zu entnehmen. Der Versicherungsvertrag verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsvertrages die Kündigung in Schriftform zugegangen ist. Es sei denn, es wurde vereinbart, dass der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer mit Ablauf des letzten Tages der Vertragszeit endet.

13. Beendigung des Vertrages

Der beantragte Versicherungsschutz kann unter bestimmten Voraussetzungen, ggf. auch vor Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit, von Ihnen gekündigt werden. Die entsprechenden Voraussetzungen hierfür führen wir nachstehend auf:

Kündigung nach Schaden

Nach einem ersatzpflichtigen Schadenfall haben Sie die Möglichkeit den vom Schaden betroffenen Vertrag innerhalb eines Monats nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zu kündigen. Sie können nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

Kündigung durch uns

Auch wir können unter bestimmten Voraussetzungen den Versicherungsschutz kündigen. Bei der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten, nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften, bei nicht rechtzeitiger Zahlung einer Folgeprämie, bei Verletzung einer Obliegenheit, nach Eintritt eines Versicherungsfalles oder bei Gefahrerhöhung können wir den Vertrag kündigen.

Kündigung bei Beitragserhöhungen oder Minderung des Versicherungsschutzes ohne Ausgleich

Erhöhen wir aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, können Sie den betreffenden Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Gleiches gilt, wenn wir aufgrund einer Anpassungsklausel den Umfang des Versicherungsschutzes vermindern, ohne die Prämie entsprechend herabzusetzen. Bitte beachten Sie für die oben genannten Punkte, dass eine etwaige Kündigung grundsätzlich in Schriftform gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg, Telefax 0931. 2795-291; E-Mail: info@wuerzburger.com zu erfolgen hat. Entscheidend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum des Poststempels.

14. Anwendbares Recht

Der betreffende Vertrag unterliegt in allen seinen Teilen, auch hinsichtlich aller Fragen, die das Zustandekommen, seine Wirksamkeit oder Auslegung betreffen, deutschem Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

15. Sprache

Für die Vertragsbedingungen, die Vorabinformationen sowie für die während der Laufzeit dieses Vertrages zu führende vertragliche Kommunikation gilt die deutsche Sprache.

16. Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Die Würzburger Versicherungs-AG ist Mitglied des Versicherungsombudsmann e.V. und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. Sie können deshalb das kostenlose und außergerichtliche Schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, wenn Sie mit einer unserer Entscheidungen nicht zufrieden sind. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Anschriften:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. Postfach 080632, 10006 Berlin, E-Mail: info@versicherungsombudsmann.de, Web: www.versicherungsombudsmann.de
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Web: www.pkv-ombudsmann.de