

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif Incoming (ADAKVI13) in der Version Basic. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags finden Sie in den Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung – Incoming, dem Versicherungsantrag sowie dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

### Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine nicht substitutive private Krankheitskostenversicherung für Personen, die sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Krankheitskostenrisiko.



#### Was ist versichert?

##### Tarifversion Premium

- ✓ Die ambulante Heilbehandlung inkl. der im Zuge dieser Behandlung verordnete Medikamente und Verbandmittel.
- ✓ Akut notwendig werdende schmerzstillende Zahnbehandlung.
- ✓ Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen.
- ✓ Massagen, Packungen und Inhalationen.
- ✓ Hilfsmittel infolge eines Unfalls.
- ✓ Die stationäre Heilbehandlung und Operationen.
- ✓ Zahnersatz.
- ✓ Rehabilitationsmaßnahmen.
- ✓ Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.
- ✓ Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen bei Frühgeburten und Entbindungen.
- ✓ Krankentransporte zur Behandlung im Krankenhaus und medizinisch sinnvoller Krankenrücktransport inkl. Begleitperson bei Krankenrücktransport.
- ✓ Kostenübernahme eines Krankenbesuchs bei einem langfristigen Krankenhausaufenthalt.
- ✓ Die Überführung in das Heimatland oder die Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Nachhaftung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.



#### Was ist nicht versichert?

- ✗ Privatärztliche Behandlungen und gesondert berechnete Unterkunft (Wahlleistungen).
- ✗ Behandlungen, die der alleinige oder einer der Gründe für den Reiseantritt waren.
- ✗ Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Aufenthaltes stattfinden mussten.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in Abschnitt II Ziffer 3 der Versicherungsbedingungen.



#### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattung von Heilbehandlungen in Deutschland bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).
- Weitere Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte Abschnitt I – Leistungsübersicht der Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung – Incoming.



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt während des vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland.
- ✓ Bei Verträgen mit einer Laufzeit von mindestens 12 Monaten besteht abweichend auch für Reisen ins Heimatland Versicherungsschutz. Heimatland ist das Land, in dem sich Ihr ständiger Wohnsitz vor Ihrem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland befand. Insgesamt besteht dieser Schutz je Versicherungsjahr für alle Heimatreisen zusammen für maximal 6 Wochen.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Beantragung des Versicherungsschutzes stellen wir Ihnen Fragen. Sie sind verpflichtet diese wahrheitsgemäß zu beantworten. Über die Folgen einer Verletzung dieser Anzeigepflicht werden Sie vorvertraglich mit der "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG" aufgeklärt.
- Sie sind verpflichtet auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Als versicherte Person haben Sie nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Sie müssen auf Verlangen der Advigon Ihre Einreise in Deutschland bzw. bei Reisen außerhalb Deutschlands nachweisen können.



### Wann und wie zahle ich?

- Die Prämie ist sofort bei Vertragsabschluss fällig. Sie zahlen gemäß Ihrer bei Vertragsabschluss gewählten Zahlungsart. Ob und wann Sie weitere Prämien zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt.



### Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) nach Ablauf der Wartezeiten.
- Der Vertrag wird für die gesamte Dauer des Aufenthaltes gestellt, längstens jedoch für die Höchstversicherungsdauer. Diese beträgt maximal 5 Jahre. Die Höchstversicherungsdauer reduziert sich, sofern vorher gleichartige Versicherungsverträge bei anderen Versicherern bestanden haben.
- Der Versicherungsschutz endet bei Tod der versicherten Person. Er endet auch, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt, es sei denn, die versicherten Personen benennen innerhalb von 2 Monaten einen neuen Versicherungsnehmer.
- Weiterhin endet der Versicherungsschutz bei Ablauf, im Falle eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ins Heimatland und wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen.



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag schriftlich oder in Textform im Rahmen der gesetzlichen Frist kündigen.



## Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung – Incoming

---

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland. In diesen Versicherungsbedingungen werden Versicherungsnehmer und versicherte Personen als „Sie“ bezeichnet. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Versicherungsvertrag mit der Advigon abgeschlossen haben. Eine versicherte Person sind Sie, wenn Sie beispielsweise als Mitreisender des Versicherungsnehmers mitversichert wurden. Versicherte Person können Sie zudem auch als Versicherungsnehmer sein. Diese Versicherungsbedingungen gelten für Sie als Versicherungsnehmer und Sie als versicherte Person.

Ihre Versicherungsbedingungen bestehen aus 3 Abschnitten.

Im Abschnitt I befindet sich eine Übersicht über die Leistungsarten und die hierzu vorgesehenen tariflichen Leistungshöhen.

Im Abschnitt II finden Sie insbesondere Erläuterungen zum versicherten Personenkreis, zu den Abschlussfristen und zur Prämienzahlung.

Der genaue Wortlaut der Leistungsarten befindet sich im Abschnitt III.

## Abschnitt I – Leistungsübersicht

Versicherte Leistungen	2
------------------------	---

## Abschnitt II – allgemeine Bestimmungen

1	Versicherungsnehmer, versicherbare Person und Versicherungsfähigkeit	3
2	Abschluss, Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes	3
3	Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	3
4	Was muss bei der Prämienzahlung beachtet werden?	3
5	Was ist bei der Leistungszahlung zu beachten?	4
6	Welches Recht findet Anwendung und wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? Für wen gelten die Bestimmungen?	4
7	Aufrechnung	4
8	Was ist bei Mitteilungen zu beachten?	4

## Abschnitt III – Leistungsbeschreibung

1	Versicherungsumfang	4
2	Versicherte Leistungen	5
3	Einschränkungen des Versicherungsschutzes	5
4	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6

## Abschnitt I – Leistungsübersicht

Den genauen Wortlaut der versicherten Leistungen und Ereignisse finden Sie unter den aufgeführten Ziffern im Abschnitt III Leistungsbeschreibung.

Versicherte Leistungen		Tarif Premium
2.1.1	Ambulante Heilbehandlungen gemäß der im Abschnitt III 1.2 beschriebenen Gebührenordnung	100 %
2.1.2	Schmerzstillende Zahnbehandlungen gemäß der im Abschnitt III 1.2 beschriebenen Gebührenordnung pro Versicherungsjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,- EUR mit einem Erstattungssatz von 100 % und für darüberhinausgehende Kosten mit einem Erstattungssatz von 75 %	2.000,- EUR
2.1.3	Medikamente und Verbandmittel	100 %
2.1.4	Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen	100 %
2.1.5	Massagen, Packungen, und Inhalationen pro Versicherungsjahr	500,- EUR
2.1.6	Hilfsmittel infolge eines Unfalls	100 %
2.1.7	Operationen	100 %
2.1.8	Stationäre Heilbehandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privat-ärztliche Behandlungen)	100 %
2.1.9	Rehabilitationsmaßnahmen	100 %
2.1.10	Psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen für die Vertragslaufzeit bis	1.000,- EUR
2.2.1	Unfallbedingter Zahnersatz pro Versicherungsjahr	2.500,- EUR
2.2.2	Zahnersatz mit 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags pro Versicherungsjahr	1.500,- EUR
2.3.1	Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen bei Frühgeburten	100 %
2.3.2	Entbindungen inkl. Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen	100 %
2.4.1	Krankentransporte zur stationären Behandlung und bei Erstversorgung nach einem Unfall	100 %
2.4.2	Medizinisch sinnvoller Krankentrücktransport	100 %
2.4.3	Begleitperson bei Krankentrücktransport	100 %
2.5	Überführung in das Heimatland oder Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland	50.000,- EUR
2.6	Krankenbesuch bei Krankenhausaufenthalt von mehr als 14 Tagen	1.000,- EUR
2.7	Nachhaftung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit	max. 3 Monate

# Krankenversicherung – Incoming

## Abschnitt II – Allgemeine Bestimmungen

### 1 Versicherungsnehmer, versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Versicherungsnehmer ist die natürliche oder juristische Person, die mit der Advigon den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Versicherte Personen sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die Prämie bezahlt wurde. Neugeborene von versicherten Personen sind mit Vollendung der Geburt zum Tarif ihrer Eltern versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass
- sie binnen 2 Monaten nach dem Tag der Geburt rückwirkend bei der Advigon versichert werden und
  - der Versicherungsvertrag mindestens seit 3 Monaten ununterbrochen bestand und
  - kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
- 1.2 Zum Zeitpunkt der Antragstellung versicherungsfähig sind Au-pairs, Schüler, Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten, Teilnehmer an Work&Travel-Programmen, Professoren und Lektoren oder sonstige Personen, die nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen vorübergehend in die Bundesrepublik Deutschland reisen, sofern sie eine ausländische Staatsangehörigkeit und einen ständigen Wohnsitz im Ausland haben.
- 1.3 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen,
- 1.3.1 die im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
- 1.3.2 die dauernd pflegebedürftig sind sowie 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. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
- 1.4 Für Personen, die die Voraussetzungen der Ziffern 1.1 und 1.2 nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für diese Personen dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.

### 2 Abschluss, Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes

#### 2.1 Abschluss und Beginn des Versicherungsvertrages

- 2.1.1 Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages kann jederzeit gestellt werden. Er ist für die gesamte noch verbleibende Dauer des Aufenthaltes zu stellen.
- 2.1.2 Der Versicherungsvertrag kommt dadurch zustande, dass der hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei der Advigon eingeht und diese Ihnen eine Versicherungsbestätigung sendet. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
- 2.1.3 Werden die Bestimmungen der Ziffern 2.1.1 oder 2.1.2 nicht eingehalten, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. In diesem Fall steht die gezahlte Prämie dem Absender zur Verfügung.

#### 2.2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) nach Ablauf der Wartezeiten. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes oder vor Ablauf der Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.

#### 2.3 Dauer

Die Versicherung gilt für die vereinbarte Dauer. Die Höchstversicherungsdauer beträgt maximal 5 Jahre. Die Höchstversicherungsdauer

er gilt auch unter Berücksichtigung von gleichartigen Versicherungsverträgen, die vorher nicht bei der Advigon bestanden haben.

#### 2.4 Beendigung

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von diesen Vereinbarungen unberührt. Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsvertrag endet auch für noch nicht abgeschlossene bzw. schwebende Versicherungsfälle

- 2.4.1 zum vereinbarten Zeitpunkt;
- 2.4.2 mit dem Tod des Versicherungsnehmers; die versicherten Personen können innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen;
- 2.4.3 wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen;
- 2.4.4 im Falle eines Rücktransportes mit Ankunft im nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland.

#### 2.5 Versicherungsjahr und Wartezeiten

- 2.5.1 Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten. Das erste Versicherungsjahr beginnt ab Versicherungsbeginn. Wird eine Leistung in einem Versicherungsjahr in Anspruch genommen, die pro Versicherungsjahr begrenzt ist, besteht nach Ausschöpfung der Leistungsgrenze Versicherungsschutz für diese Leistung erst wieder nach Ablauf dieses Versicherungsjahres. Ist eine Leistung pro Versicherungsjahr begrenzt, besteht Versicherungsschutz für diese Leistung auch bei Vertragslaufzeiten von weniger als 12 Monaten bis zum Ausschöpfen der Leistungsgrenze.
- 2.5.2 Sofern der Versicherungsschutz oder Leistungen an Wartezeiten gebunden sind, rechnen sich diese vom Versicherungsbeginn an. Soweit nachstehend nicht besondere Wartezeiten genannt werden, beträgt die allgemeine Wartezeit 31 Tage. Die allgemeine Wartezeit entfällt, wenn die Antragstellung innerhalb von 31 Tagen nach Einreise erfolgt. Das Datum der Einreise muss auf Verlangen der Advigon nachgewiesen werden. Die Wartezeit entfällt auch bei Unfällen und bei ärztlicher Hilfe zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Sie. Eine seit Einreise nachweisbare lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende, vergleichbare Vorversicherung wird auf die allgemeine Wartezeit angerechnet. Die Leistungseinschränkungen gemäß Abschnitt III 3 (Einschränkungen des Versicherungsschutzes) und die besonderen Wartezeiten gelten uneingeschränkt weiter.

### 3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- 3.1 Der Versicherungsschutz gilt während des vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland. Heimatland im Sinne dieser Bedingung ist Ihr ständiger Wohnsitz vor Ihrem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland.
- 3.2 Bei Versicherungsverträgen von mindestens 12-monatiger Dauer besteht abweichend von Ziffer 3.1 auch Versicherungsschutz bei einer vorübergehenden Rückkehr in Ihr Heimatland. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist auf maximal 6 Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr begrenzt.

### 4 Was muss bei der Prämienzahlung beachtet werden?

#### 4.1 Prämienhöhe

Die Prämie für eine versicherte Person ergibt sich aus der Prämienübersicht.

#### **4.2 Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie**

- 4.2.1 Die erste oder einmalige Prämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
- 4.2.2 

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, haben Sie von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung oder verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Haben Sie die nicht rechtzeitige Zahlung jedoch zu vertreten, beginnt der Versicherungsschutz erst ab der Zahlung.
--
- 4.2.3 Außerdem kann die Advigon vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

#### **4.3 Zahlung der Folgeprämien**

- 4.3.1 Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet die Advigon Ihnen eine Mahnung und setzt eine Zahlungsfrist von 2 Wochen.
- 4.3.2 Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung im Verzug, kann die Advigon den Vertrag kündigen, wenn sie Sie mit der Mahnung darauf hingewiesen hat.
- 4.3.3 

Hat die Advigon gekündigt und zahlen Sie nach Erhalt der Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
--

#### **4.4 Prämieinzug**

Ist Prämieinzug von einem Konto vereinbart, erfolgt dieser unverzüglich nach Mandatserteilung. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn die Advigon die Prämie am Abbuchungstag einziehen kann und Sie dem berechtigten Prämieinzug nicht widersprechen. Kann die Advigon die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, gilt die Zahlung auch dann noch als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach der von der Advigon in Textform abgegebenen Mahnung erfolgt.

#### **4.5 Prämienberechnung**

Die Berechnung der Prämie ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Bei einer Änderung der Prämien, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

#### **5 Was ist bei der Leistungszahlung zu beachten?**

##### **5.1 Fälligkeit der Zahlung**

Sobald der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis vorliegt und die Advigon ihre Zahlungspflicht und die Höhe der Leistung festgestellt hat, zahlt sie spätestens innerhalb von 2 Wochen. Ist die Zahlungspflicht festgestellt, lässt sich jedoch die Höhe der Leistung nicht innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige bei der Advigon feststellen, kann ein angemessener Vorschuss auf die Leistung verlangt werden. Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen Sie eingeleitet worden, kann die Advigon bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Regulierung des Schadens aufschieben.

##### **5.2 Kosten in ausländischer Währung**

Die Advigon rechnet die entstandenen Kosten zum Eurokurs des Tages um, an dem die Belege bei ihr eingehen. Es gilt der amtliche Devisenkurs, es sei denn, die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen wurden zu einem ungünstigeren Kurs erworben. Von den Leistungen kann die Advigon Mehrkosten abziehen, die dadurch entstehen, dass sie Überweisungen ins Ausland vornimmt oder auf Ihr Verlangen besondere Überweisungsformen wählt.

##### **5.3 Leistung aus anderen Versicherungsverträgen**

Kann im Versicherungsfall eine Leistung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Wird der Versicherungsfall zuerst der Advigon gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wendet sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer.

#### **6 Welches Recht findet Anwendung und wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? Für wen gelten die Bestimmungen?**

In Ergänzung dieser Bestimmungen gelten das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie grundsätzlich deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch von Ihnen angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung der Advigon Ihnen in Textform zugeht. Alle Bestimmungen des Versicherungsvertrages gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen. Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: [www.advigon.com/datenschutz/information](http://www.advigon.com/datenschutz/information) oder fordern Sie diese gern bei uns an.

#### **7 Aufrechnung**

Gegen Forderungen der Advigon kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

#### **8 Was ist bei Mitteilungen zu beachten?**

Alle für die Advigon bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die im Versicherungsschein genannte Adresse in Textform gerichtet werden. Die Vertragssprache ist Deutsch.

### **Abschnitt III – Leistungsbeschreibung**

#### **1 Versicherungsumfang**

- 1.1 Als Versicherungsfall gilt die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit Ihrer Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch der Tod der versicherten Person, sowie Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung.
- 1.2 Während Ihres Aufenthaltes steht Ihnen die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern frei. Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen dürfen diese Krankenhäuser nicht durchführen und auch keine Rekonvaleszenten aufnehmen. Die Advigon erstattet gemäß Ziffer 2 (Versicherte Leistungen) die entstandenen Kosten.
- 1.2.1 In Deutschland übernimmt die Advigon die entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen
- nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
  - nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,
  - nach den Abschnitten A, E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,
  - für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.
- 1.2.2 Außerhalb Deutschlands übernimmt die Advigon die entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, sofern sie nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnet wurden.

- 1.3 Die Advigon leistet nur Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin ganz oder überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leistet sie für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen (z. B. Heilbehandlungen sowie Verordnungen nach den besonderen Therapierichtungen Homöopathie, Anthroposophische Medizin und Pflanzenheilkunde). Die Advigon kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

## **2 Versicherte Leistungen**

Im Versicherungsfall gewährt die Advigon die nachstehenden Leistungen, soweit der Versicherungsfall nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Wartezeiten eingetreten ist. Eine Übersicht hierzu finden Sie im Abschnitt I dieser Versicherungsbedingungen.

Sofern tarifliche Leistungen für Hilfsmittel vorgesehen sind, zählen nachfolgende Gegenstände als Hilfsmittel: Bandagen, Bruchbänder, Einlagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte, Korrekturschienen, Kunstglieder/Prothesen, Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrstühle, Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte, Überwachungsmonitore für Säuglinge, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Sprechgeräte.

### **2.1 Heilbehandlungskosten**

Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige

- 2.1.1 ärztliche ambulante Behandlungen;
- 2.1.2 schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung;
- 2.1.3 ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
- 2.1.4 ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- 2.1.5 ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen;
- 2.1.6 ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- 2.1.7 unaufschiebbare Operationen;
- 2.1.8 unaufschiebbare stationäre Behandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlungen);
- 2.1.9 medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
- 2.1.10 ambulante psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlungen.

### **2.2 Zahnersatzleistungen**

Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten Stifzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Brücken und implantologische Zahnleistungen.

- 2.2.1 Die Advigon erstattet die Kosten eines Zahnersatzes, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist.
- 2.2.2 Die Advigon erstattet 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes einschließlich der Wiederherstellung von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) in einfacher Ausführung nach einer Wartezeit von 6 Monaten.

### **2.3 Versicherungsleistungen bei Schwangerschaften und Geburten**

- 2.3.1 Die Advigon erstattet die entstandenen Kosten einer durch Beschwerden hervorgerufenen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsbehandlung, Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlung wegen Fehlgeburt sowie eines medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruchs. Voraussetzung hierfür ist, dass die Behandlungsnotwendigkeit bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht feststand.

- 2.3.2 Die Advigon erstattet die Kosten für Entbindungen nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten.

### **2.4 Transportkosten**

- 2.4.1 Die Advigon erstattet die Kosten für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück in die Unterkunft.
- 2.4.2 Die Advigon erstattet die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus an Ihren Wohnort, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.
- 2.4.3 Die Advigon übernimmt auch die Kosten für eine Begleitperson sowie eine gegebenenfalls erforderliche Arztbegleitung, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

### **2.5 Überführungs- und Bestattungskosten**

Die Advigon erstattet die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehen, oder übernimmt die Kosten für eine Bestattung in Deutschland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

### **2.6 Krankenbesuch**

Wenn fest steht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert, organisiert die Advigon auf Wunsch die Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die entstehenden Kosten des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise (einfache Klasse). Voraussetzung ist jedoch, dass der Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.

### **2.7 Nachhaftung**

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht der Advigon im Rahmen dieses Tarifes bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von 3 Monaten weiter.

## **3 Einschränkungen des Versicherungsschutzes**

### **3.1 Leistungseinschränkungen**

Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das ortsübliche Maß, so kann die Advigon die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

### **3.2 Leistungsfreiheit**

Die Advigon leistet nicht,

- 3.2.1 wenn Sie den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben oder arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind;
- 3.2.2 für Behandlungen, die der alleinige oder einer der Gründe für den Reiseantritt waren, und für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Aufenthaltes stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten/Lebenspartners nach Partnerschaftsgesetz oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
- 3.2.3 für Behandlungen, die der alleinige oder einer der Gründe für den Versicherungsabschluss waren und für Behandlungen, von denen bei Versicherungsabschluss feststand, dass sie während der Vertragslaufzeit stattfinden mussten;
- 3.2.4 für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht;
- 3.2.5 für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, es sei denn, dass diese Behandlungen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen eines schweren

- Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skeletterkrankung (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese) erfolgen, zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dienen und Leistungen vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden;
- 3.2.6 für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - 3.2.7 für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort; die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird; bei Erkrankungen entfällt sie, wenn Sie sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten haben;
  - 3.2.8 für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder oder Personen, mit denen Sie innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenleben; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - 3.2.9 für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kernenergie oder Eingriffe von hoher Hand verursacht sind;
  - 3.2.10 für durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlungen oder Unterbringungen;
  - 3.2.11 für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;
  - 3.2.12 für kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen;
  - 3.2.13 für Immunisierungsmaßnahmen;
  - 3.2.14 für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehörige Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
  - 3.2.15 für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
  - 3.2.16 für Organspenden und deren Folgen.

#### **4 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

##### **4.1 Verpflichtung zur Kostenminderung**

Sie sind verpflichtet, den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit müssen Sie zustimmen, wenn die Advigon den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.

##### **4.2 Verpflichtung zur Auskunft**

Die übersandte Schadenanzeige der Advigon müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich zurücksenden. Sofern die Advigon es für notwendig erachtet, sind Sie verpflichtet, sich durch einen von ihr beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

##### **4.3 Nachweispflicht**

Folgende Nachweise müssen Sie einreichen, die damit Eigentum der Advigon werden:

- 4.3.1 Originalbelege mit dem Namen der behandelten Person, der Bezeichnung der Krankheit sowie den von den Behandelnden erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum. Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungskopien.
- 4.3.2 Rezepte zusammen mit der Behandlungsrechnung und Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung.
- 4.3.3 Nachweis über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstehen würden, wenn Leistungen für einen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland vorzulegen mit einer ausführlichen Begründung für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport.
- 4.3.4 Eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
- 4.3.5 Weitere Nachweise und Belege, die die Advigon anfordert, um ihre Leistungspflicht zu prüfen, wenn Ihnen die Beschaffung billigerweise zuzumuten ist (z. B. Nachweise über das Datum der Einreise).

#### **4.4 Verpflichtung zur Sicherstellung von Ersatzansprüchen gegen Dritte**

- 4.4.1 Haben Sie einen Ersatzanspruch gegen einen Dritten, geht dieser Anspruch auf die Advigon über, soweit diese den Schaden ersetzt. Den Ersatzanspruch oder ein Recht, das diesen sichert, müssen Sie unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren und, falls nötig, dabei mithelfen, ihn durchzusetzen. Richtet sich der Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, kann der Übergang nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 4.4.2 Ihre Ansprüche gegenüber Behandelnden, die ein zu hohes Honorar gestellt haben, gehen im gesetzlichen Umfang auf die Advigon über, falls diese die Kosten ersetzt hat. Sofern erforderlich, sind Sie zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet.

#### **4.5 Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten**

Verletzen Sie eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich, ist die Advigon von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist sie berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.



**Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung  
für Schüler/Studenten VB-KV 2016 (EDUCATION60)**

**A: Allgemeiner Teil**

**§ 1 – Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit**

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Au-pairs, Schüler, Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten oder Teilnehmer an Work and Travel-Programmen oder sonstige Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen vorübergehend im Ausland aufhalten, sowie, Professoren und Lektoren, sofern sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:
  - a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
  - b) Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland sowie Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während eines Aufenthaltes im Ausland;
  - c) Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland haben.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind sowie 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. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

**§ 2 – Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages**

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Antritt der Auslandsreise bzw. nach Ablauf der Frist von einem Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht und der Versicherer eine Versicherungsbestätigung an den Versicherungsnehmer sendet. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
5. Die Höchstversicherungsdauer beträgt je nach gewähltem Tarif maximal fünf Jahre.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer, kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur mit einem Anschlussvertrag verlängert werden, wenn der Antrag für den Anschlussvertrag vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur vorgelegt hat und diese dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmt.  
Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
7. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung

betreffenden versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

8. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
9. Der Versicherungsvertrag endet
  - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b) mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
  - c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
  - d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland nicht mehr vorliegen:
    - wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland entschieden hat oder
    - wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
  - e) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.

**§ 3 – Prämie**

1. Zahlung der Erstprämie:
  - a) Die Erstprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
  - b) Wird die Erstprämie 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.
  - c) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung der Folgeprämien:
  - a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
  - b) Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie, der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
  - c) Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
  - d) Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt.

**§ 4 – Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes**

1. Geltungsbereich
  - a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland

- aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
- b) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
  - c) Abweichend von b) besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz:
    - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal sechs Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn.
    - Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 8 Ziffer 1 e).
2. Beginn
- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
- a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
  - b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
  - c) nicht vor Zahlung der Prämie;
  - d) nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
3. Für Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind oder bei Vertragsbeginn bestehen, wird nicht geleistet.
4. Ende
- Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
- a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
  - c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
  - d) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.
5. Nachhaftung
- Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, max. für die Dauer von drei Monaten, weiter.

## § 5 – Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

### I. Allgemeines

1. Die HanseMerkur leistet Entschädigung für akut auf der Reise eintretende Versicherungsfälle.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat;
  - b) Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr berechnen.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 4 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.
7. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

## § 6 – Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht:
  - a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
  - b) für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
  - c) für Behandlungen von Tuberkulose, Diabetes, Tumoren sowie für Dialysebehandlungen, sofern die Erkrankung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Versicherungsbeginn bestand;
  - d) für Behandlungen und Untersuchungen wegen Schwangerschaft, wenn diese bereits bei Versicherungsbeginn bestand, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht;
  - e) für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, Kernenergie oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - f) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschl. deren Folgen;
  - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
  - h) für Rehabilitationsmaßnahmen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - i) für Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
  - j) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
  - k) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - l) für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

- m) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
  - n) für Immunisierungsmaßnahmen;
  - o) für Hilfsmittel;
  - p) für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
  - q) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
  - r) für Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
  - s) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
  - t) für Organspenden und Folgen.
2. Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
    - a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
    - b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
  3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
  4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

#### **§ 7 – Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
  - a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
  - b) den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
  - c) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
  - d) im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zur HanseMerkur aufzunehmen.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Folgen von Obliegenheitsverletzung  
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

#### **§ 8 – Auszahlung der Versicherungsleistungen**

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise diese werden Eigentum des Versicherers erbracht sind:
  - a) Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
  - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit

- der Verordnung einzureichen;
  - c) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
  - d) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in den Ländern der Europäischen Union, Schweiz und Liechtenstein;
  - e) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
  - f) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über alle während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland.
2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruchs durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
  3. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und die HanseMerkur hierdurch die Höhe und den Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der HanseMerkur schuldhaft nicht entbunden werden.
  4. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
  5. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
  6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

#### **§ 9 – Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte**

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Die HanseMerkur wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der

Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben.

#### § 10 – Aufrechnung

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

#### § 11 – Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.).

#### § 12 – Anzuwendendes Recht, Vertragssprache, Verjährung

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person bei der HanseMerkur angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung der HanseMerkur dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person in Textform zugeht. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

#### § 13 – Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

### B: Besonderer Teil

#### Tarif Premium

##### I. Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung
  - a) während eines Aufenthaltes in Deutschland bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen
    - nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz;
    - nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz;
    - nach den Abschnitten A, E und O (technische Vorrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz;
    - für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.
  - b) während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschland soweit sie im ortsüblichen Rahmen berechnet werden.
2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
  - a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat, und Behandlung wegen Fehlgeburt;
  - b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
  - c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
  - d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
  - e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen bis zu einem Höchstbetrag von 500 EUR je Versicherungsjahr;
  - f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
  - g) Röntgendiagnostik;
  - h) unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);

- i) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
- j) unaufschiebbare Operationen;
- k) medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
- l) Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit;
- m) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen bis maximal 1.000 EUR je Reise.

##### 3. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet des Weiteren unter Berücksichtigung von Ziffer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:

- a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 EUR je Versicherungsjahr mit 100% und darüber hinausgehende Kosten mit 75%, insgesamt jedoch maximal 2.000 EUR je Versicherungsjahr;
- b) Zahnersatz, einschl. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50% des Rechnungsbetrages bis zu maximal 1.500 EUR je Versicherungsjahr;
- c) Zahnersatz, der auf Grund eines Unfalles erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss, mit 100% des Rechnungsbetrages bis maximal 2.500 EUR je Versicherungsjahr.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

##### II. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland gemäß § 1 Ziffer 2 dieser Bestimmungen –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport aus dem Ausland. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist;
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 50.000 EUR;
3. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 50.000 EUR.

##### III. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten, weiter.

##### IV. Krankenbesuch

Sofern fest steht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert, organisiert die HanseMerkur auf Wunsch der versicherten Person einmalig die Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die entstehenden Kosten des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise (einfache Klasse). Voraussetzung ist jedoch, dass der Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.

**Versicherungsbedingungen für die Reiseversicherung  
für Schüler/Studenten VB-RS 2016 (EDUCATION60)**

**A: Allgemeiner Teil  
(Die nachstehenden Regelungen des  
allgemeinen Teils gelten für alle im Teil B aufgeführten Versi-  
cherungen.)**

**§ 1 – Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit**

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Au-pairs, Schüler, Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten oder Teilnehmer an Work and Travel-Programmen oder sonstige Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen vorübergehend im Ausland aufhalten, sowie, Professoren und Lektoren, sofern sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:
  - a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
  - b) Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland sowie Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während eines Aufenthaltes im Ausland;
  - c) Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland haben.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind sowie 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. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

**§ 2 – Abschluss, Dauer und Beendigung des Vertrages**

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Antritt der Auslandsreise bzw. nach Ablauf der Frist von einem Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht und der Versicherer eine Versicherungsbestätigung an den Versicherungsnehmer sendet. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
5. Die Höchstversicherungsdauer beträgt je nach gewähltem Tarif maximal fünf Jahre.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes, innerhalb der Höchstversicherungsdauer, kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur mit einem Anschlussvertrag verlängert werden, wenn der Antrag für den Anschlussvertrag vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur vorgelegt hat und diese dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmt.  
Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
7. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer

mer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

8. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
9. Der Versicherungsvertrag endet
  - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b) mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben.
  - c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
  - d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland nicht mehr vorliegen:
    - wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland entschieden hat oder
    - wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
  - e) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.

**§ 3 – Prämie**

1. Zahlung der Erstprämie:
  - a) Die Erstprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
  - b) Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt zum Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
  - c) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung der Folgeprämien:
  - a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
  - b) Tritt ein 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.
  - c) Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
  - d) Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt.

**§ 4 – Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes**

1. Geltungsbereich
  - a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.

- b) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- 2. Beginn  
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
  - a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
  - b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
  - c) nicht vor Zahlung der Prämie;
  - d) nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
- 3. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Vertrages oder vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- 4. Ende  
Der Versicherungsschutz endet
  - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
  - c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
  - d) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.

#### **§ 5 – Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht**

Ist der jeweiligen versicherten Sparte in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

#### **§ 6 – Allgemeine Einschränkung des Versicherungsschutzes, Verwirkungsgründe, Verjährung**

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Streik, Kernenergie, Beschlagnahme, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand.
2. Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat.
3. Führt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Die HanseMerkur ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
5. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person bei der HanseMerkur angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung der HanseMerkur dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person in Textform zugeht.

#### **§ 7 – Allgemeine Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1. Obliegenheiten  
Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
  - a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
  - b) den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, unter Einreichung sämtlicher relevanter Unterlagen anzuzeigen;
  - c) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
  - d) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

- e) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- 2. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung:  
Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers / der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person.

**Hinweis:** Bitte beachten Sie darüber hinaus die jeweiligen Besonderen Obliegenheiten in den einzelnen Sparten in Teil B dieser Versicherungsbedingungen.

#### **§ 8 – Auszahlung der Versicherungsleistungen**

1. Liegt der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis der HanseMerkur vor und ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens der versicherten Person gehindert sind.
2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.
3. Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen die versicherte Person eingeleitet worden, so kann die HanseMerkur bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Regulierung des Schadens aufschieben.
4. Zur Prüfung des Leistungsanspruches ist es eventuell erforderlich, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, bzw. der gesetzliche Vertreter der versicherten Person, oder eine Risikoperson die Einwilligung zu einer solchen Erhebung nicht erteilt und die HanseMerkur hierdurch die Höhe und den Umfang des Leistungsanspruches nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit der Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen gegenüber der HanseMerkur nicht von ihrer Schweigepflicht entbunden sind.
5. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
6. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

#### **§ 9 – Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte**

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMerkur Reiseversicherung im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versiche-

rungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

### § 10 – Aufrechnung

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

### § 11 – Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.).

### § 12 – Anzuwendendes Recht, Vertragssprache, Geltung für versicherte Personen

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die versicherten Personen.

### § 13 – Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt

**B: Besonderer Teil zu den einzelnen Versicherungen**  
Die nachfolgenden Versicherungen gelten, soweit sie vereinbart wurden.

#### I. Reise-Unfallversicherung

#### § 1 – Beschreibung des Versicherungsschutzes

1. Die HanseMercur erbringt Leistungen bei Unfällen auf der Reise, die zum Tod oder einer dauerhaften Invalidität der versicherten Person führen.
2. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
3. 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 – Leistungen

Die Versicherungssummen für die Invaliditäts- und Todesfallleistung sowie für Bergungskosten ergeben sich aus den vertraglichen Vereinbarungen. Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

#### I. Invaliditätsleistung

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe in Höhe von 40.000,- EUR. 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.
2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.

- a) Als feste Invaliditätsgrade gelten (unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität) bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes im Schultergelenk	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand im Handgelenk	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes im Fußgelenk	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %

- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
- c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach § 2 Ziffer 2 ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.
3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach § 2 Ziffer 2 a) bis c) zu bemessen.
  4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
  5. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder (gleichgültig, aus welcher Ursache) später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 2, Ziffer 1 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
  6. Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 26% für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%)  
Führt ein Unfall, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen von § 2 Ziffern 2 und 3, zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Funktion von mehr als 25%, gilt folgendes:
    - a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt die HanseMercur zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.
    - b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt die HanseMercur zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.
    - c) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der HanseMercur Reiseversicherung AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge zusammen.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

IG*	VS*	IG*	VS*	IG*	VS*	IG*	VS*
1	1	26	28	51	105	76	230
2	2	27	31	52	110	77	235
3	3	28	34	53	115	78	240
4	4	29	37	54	120	79	245
5	5	30	40	55	125	80	250
6	6	31	43	56	130	81	255
7	7	32	46	57	135	82	260
8	8	33	49	58	140	83	265
9	9	34	52	59	145	84	270
10	10	35	55	60	150	85	275
11	11	36	58	61	155	86	280
12	12	37	61	62	160	87	285
13	13	38	64	63	165	88	290
14	14	39	67	64	170	89	295
15	15	40	70	65	175	90	300
16	16	41	73	66	180	91	305
17	17	42	76	67	185	92	310
18	18	43	79	68	190	93	315
19	19	44	82	69	195	94	320
20	20	45	85	70	200	95	325
21	21	46	88	71	205	96	330
22	22	47	91	72	210	97	335
23	23	48	94	73	215	98	340
24	24	49	97	74	220	99	345
25	25	50	100	75	225	100	350

\* **IG** = Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %  
**VS** = Leistung aus der Versicherungssumme in %

## II. Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode der versicherten Person, so entsteht für die Erben ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe in Höhe von 20.000,- EUR. Zur Geltendmachung wird auf §5 Ziffer 5 verwiesen.

## III. Bergungskosten

- Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt die HanseMercur bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Betrages von 5.000,- EUR die entstandenen notwendigen Kosten für
  - Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
  - Transport des Verletzten in das nächstgelegene Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;
  - Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
  - im Todesfall Überführung an den Ort des letzten ständigen Wohnsitzes.
- Hat die versicherte Person für Kosten nach 1.a) einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist die HanseMercur ebenfalls ersatzpflichtig.
- Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen die HanseMercur nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich die versicherte Person unmittelbar an die HanseMercur halten.
- Bestehen für die versicherte Person bei der HanseMercur mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

## IV Leistungen für Kosten kosmetischer Operationen

- Wird durch ein versichertes Unfallereignis Ihre Körperoberfläche derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild hierdurch dauerhaft beeinträchtigt ist, und entschließen Sie sich, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernehmen wir einmalig die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammen-

hang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Operation und die klinische Behandlung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme in Höhe von 5.000,- EUR. Nicht zur Körperoberfläche zählen die bei geöffnetem Mund sichtbaren Front- und Schneidezähne.

- Die Operation und die klinische Behandlung müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall durchgeführt und abgeschlossen sein. Haben Sie bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung Ihres 21. Lebensjahres durchgeführt werden.
- Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, sofern der Einsatz von beruflichem Pflegepersonal bei der Krankenpflege nicht ärztlich angeordnet wird.

## § 3 – Fälligkeit der Leistungen

- Sobald der HanseMercur die Unterlagen zugegangen sind, die die versicherte Person zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist die HanseMercur verpflichtet, innerhalb eines Monats (beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten) zu erklären, ob und in welcher Höhe sie einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt die HanseMercur bis zu maximal ein Promille der versicherten Summe.
- Erkennt die HanseMercur den Anspruch an oder haben sich die versicherte Person und die HanseMercur über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt die HanseMercur die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nicht beansprucht werden.
- Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt die HanseMercur auf Verlangen der versicherten Person angemessene Vorschüsse.
- Die versicherte Person und die HanseMercur sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens der HanseMercur mit Abgabe ihrer Erklärung entsprechend § 3 Ziffer 1, seitens der versicherten Person innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als sie die HanseMercur bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

## § 4 – Einschränkung des Versicherungsschutzes

### I. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geistesranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Satz eins nicht mehr versicherbar ist.

### II. Nicht versicherte Unfälle und Gesundheitsschädigungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht werden;
- Unfälle 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;
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
- Unfälle der versicherten Person, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges eintreten. Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast einer Fluggesellschaft;
- Unfälle der versicherten Person beim Fallschirmspringen;
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;



7. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Heilmaßnahmen oder Eingriffe, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;
8. Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind;
9. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 Ziffer 3 die überwiegende Ursache ist;
10. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

### III. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis 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.

### § 5 – Besondere Obliegenheiten nach Eintritt eines

**Unfalles** (Ergänzung zu den im § 7 des Allgemeinen Teils aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten)

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen. Die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
2. Die von der HanseMerkur übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an die HanseMerkur zurückzusenden.
3. Die versicherte Person hat sich von den von der HanseMerkur beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt die HanseMerkur.
4. Die Ärzte, die die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden der HanseMerkur zu melden, auch wenn der Unfall selbst schon angezeigt ist. Der HanseMerkur ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihr beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
6. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus dem Allgemeinen Teil dieser Bedingungen.

## II. Reise-Haftpflichtversicherung

### § 1 – Beschreibung des Versicherungsschutzes

1. Die HanseMerkur bietet der versicherten Person Versicherungsschutz auf der Reise für den Fall, dass sie wegen eines eingetretenen Schadenereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen **aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts** von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.
2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere
  - a) als Familien- und Haushaltsvorstand (z. B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige);
  - b) als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb);
  - c) aus der Ausübung von Sport (ausgenommen sind die in § 3 Ziffer 3 genannten Sportarten);
  - d) als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder Tiereigentümer gegen die versicherte Person und/oder den Versicherungsnehmer sind nicht versichert);
  - e) durch den Besitz und Gebrauch von Flugmodellen, unbemannten Ballonen und Drachen, die weder mit Motoren noch durch Treibsätze angetrieben werden, deren Fluggewicht 5 kg nicht übersteigt und für die keine Versicherungspflicht besteht;

- f) durch den Besitz und Gebrauch von eigenen oder fremden Ruder- und Tretbooten sowie fremden Segelbooten, die weder mit Motoren (auch Außenbordmotoren) sowie Treibsätzen angetrieben werden und für die keine Versicherungspflicht besteht;
- g) aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen von eigenen oder fremden Surfbrettern zu Sportzwecken; **ausgeschlossen** ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung an Dritte.
- h) für Mietsachschäden aus der Benutzung der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räume in Gebäuden (z. B. Hotel- und Pensionszimmer, Ferienwohnungen, Bungalows) sowie der Räume, deren Benutzung im Zusammenhang mit der Beherbergung vorgesehen und gestattet ist (z. B. Speiseräume, Gemeinschaftsbäder). Die Deckungssumme beträgt je Mietsach-Schadenereignis 25.000 EUR. Die Gesamtleistung der HanseMerkur für alle Mietsach-Schadenereignisse innerhalb des versicherten Zeitraumes ist auf das Doppelte der vorgenannten Deckungssumme begrenzt. Die versicherte Person hat von der Schadenersatzleistung 20%, mindestens 50,- EUR, selbst zu tragen **Ausgeschlossen** sind jedoch Haftpflichtansprüche wegen
  - Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bildern, Mobilien, Fernsehapparaten, Geschirr etc., Schäden durch Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung
  - Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten;
  - der unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadenereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.

### § 2 – Leistungen

1. Die Leistungspflicht der HanseMerkur umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entschädigung, welche die versicherte Person aufgrund eines von der HanseMerkur abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von der HanseMerkur geschlossenen oder genehmigten Vergleiches oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat. Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person von der HanseMerkur gewünscht oder genehmigt, so trägt die HanseMerkur die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihr besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers. Hat die versicherte Person für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihr die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist die HanseMerkur an ihrer Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.
2. Für den Umfang der Leistung der HanseMerkur bilden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen, pauschal für Personen- und Sachschäden in Höhe von 2,5 Mio EUR und für Mietsachschäden (§ 1.2h) in Höhe von 25.000,- EUR die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als ein Schadenereignis.
3. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der versicherten Person und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt die HanseMerkur den Rechtsstreit im Namen der versicherten Person. Die hierfür anfallenden Kosten übernimmt die HanseMerkur.
4. Die Aufwendungen der HanseMerkur für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber Ziffer 5).
5. Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat die HanseMerkur die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt. Die HanseMerkur ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und ihres der Versi-

versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien.

6. 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 der HanseMerkur erstattet. Der Rentenwert wird aufgrund der Allgemeinen Sterbetafeln für Deutschland mit Erlebensfallcharakter 1987 R Männer und Frauen und unter Zugrundelegung des Rechnungszinses, der die tatsächlichen Kapitalmarktzinsen in Deutschland berücksichtigt, berechnet. Hierbei wird der arithmetische Mittelwert über die jeweils letzten zehn Jahre der Umlaufrenditen der öffentlichen Hand, wie sie von der Deutschen Bundesbank veröffentlicht werden, zugrunde gelegt. Nachträgliche Erhöhungen oder Ermäßigungen der Rente werden zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns mit dem Barwert einer aufgeschobenen Rente nach der genannten Rechnungsgrundlage berechnet.
  - a) Für die Berechnung von Waisenrenten wird das 18. Lebensjahr als frühestes Endalter vereinbart.
  - b) Für die Berechnung von Geschädigtenrenten wird bei unselbstständig Tätigen das vollendete 65. Lebensjahr als Endalter vereinbart, sofern nicht durch Urteil, Vergleich oder eine andere Festlegung etwas anderes bestimmt ist oder sich die der Festlegung zugrunde gelegten Umstände ändern.
  - c) Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich die versicherte Person 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.
7. Falls die von der HanseMerkur verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruches durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, so hat die HanseMerkur für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

### § 3 – Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf

1. Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen;
2. Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen;
3. Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfen, Kampfsportarten jeglicher Art inklusive der Vorbereitungen (Training) hierzu;
4. Haftpflichtansprüche wegen Schäden (mit Ausnahme der unter § 1 Ziffer 2 b genannten Tatbestände) an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat, oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
5. Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässern) und aller sich daraus ergebender weiterer Schäden;
6. Haftpflichtansprüche
  - a) 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);
  - b) zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages sowie zwischen dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen eines Versicherungsvertrages;
  - c) zwischen mehreren Personen, die gemeinsam eine Reise gebucht haben und diese Reise zusammen durchführen;

7. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen;
8. die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges (ausgenommen die in § 1 Ziffer 2 g und h genannten Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden;
9. die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd. Der Versicherungsschutz des Tierhüters nach § 1 Ziffer 2 e bleibt von dieser Ausschlussregelung jedoch unberührt;
10. die Haftpflicht aus der Ausübung eines Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art. Versicherungsschutz besteht aber bis zu 10.000,- EUR je Schadenfall, sofern die versicherte Person aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Praktikant ausübt. Als versichert gelten dabei nur Haftpflichtansprüche aufgrund von Tätigkeiten, die die versicherte Person auf Grund ihres Ausbildungsstandes ausüben darf. Dieser Versicherungsschutz tritt aber nur dann ein, wenn gegen die versicherte Person selbst Ansprüche erhoben werden und kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Für Sachschäden am Eigentum des Arbeitgebers besteht ebenfalls Versicherungsschutz, sofern hierfür kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Vom errechneten Entschädigungsbetrag trägt die versicherte Person einen Selbstbehalt von 10 % mindestens 250,- EUR;
11. die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte;
12. Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Gebrauch von Waffen aller Art.

### § 4 – Besondere Obliegenheiten und Verfahren nach Eintritt des Versicherungsfalles (Ergänzung zu den im § 7 des Allgemeinen Teils aufgeführten Allgemeinen Obliegenheiten)

1. Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.
2. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat die versicherte Person dies der HanseMerkur unverzüglich anzuzeigen, auch wenn sie den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Wird gegen die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihr gerichtlich der Streit verkündet, so hat sie dies unverzüglich der HanseMerkur anzuzeigen. Das Gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen der HanseMerkur nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalles dient, sofern ihr dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Die versicherte Person hat die HanseMerkur bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihr ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht der HanseMerkur für die Beurteilung des Schadenfalles erheblichen Schriftstücke einzusenden.
4. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat die versicherte Person die Prozessführung der HanseMerkur zu überlassen, dem von der HanseMerkur bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder der HanseMerkur für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat sie, ohne die Weisung der HanseMerkur abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
5. Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist sie verpflichtet, dieses Recht auf ihren Namen von der HanseMerkur ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Ziffer 3 und 4 finden entsprechende Anwendung.
6. Die HanseMerkur gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruches ihr zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.

7. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer der vorgenannten Obliegenheiten ergeben sich aus § 7 Ziffer 2 des Allgemeinen Teils.

### III. Rückreise-Notfallversicherung

#### § 1 – Beschreibung des Versicherungsschutzes

1. Die HanseMercur leistet Entschädigung im Rahmen dieser Bestimmungen für die notfallbedingte Heimreise einer versicherten Person aus dem Ausland.
2. Voraussetzung ist, dass sich die versicherte Person oder ein von ihr Beauftragter bei Eintritt des Versicherungsfalles telefonisch oder in sonstiger Weise an die Notzentrale oder direkt an die HanseMercur Reiseversicherung AG wendet. Andernfalls kann es sein, dass eine Kostenerstattung verweigert oder nur teilweise durchgeführt wird.

#### § 2 – Leistungen

1. Notfallbedingte Heimreise  
Die HanseMercur Reiseversicherung AG übernimmt die Kosten bis zu einem Betrag von maximal 250 EUR pro Versicherungsjahr für:
  - a) eine zwischenzeitliche Rückreise der versicherten Person ins Heimatland in einer einfachen Reiseform, z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder kostengünstigstes Flugticket der Touristenklasse, bei schwerer Krankheit, lebensbedrohlichen Unfallfolgen, oder Tod eines Eltern- oder Geschwisterteils, sofern die schwere Krankheit oder der Unfall bei einem Eltern- oder Geschwisterteil erst nach Ankunft der versicherten Person im Gastland auf- bzw. eingetreten und ärztlich festgestellt worden ist und das ursprüngliche Ticket nicht benutzt oder umgebucht werden kann;
  - b) die Rückreise der versicherten Person ins Gastland bei einer notfallbedingten Heimreise in einer einfachen Reiseform, z. B. Bahnfahrt 2. Klasse oder kostengünstigstes Flugticket der Touristenklasse, wenn mehr als 30 Tage bis zur ursprünglich geplanten Rückreise im Gastland verbleiben oder wenn die versicherte Person in das Gastland zurückkehren muss, um eine für die weitere Schullaufbahn notwendige Prüfung abzulegen. Die Kosten für die endgültige Heimreise übernimmt die HanseMercur dann, wenn das Rückreiseticket für die notfallbedingte Rückreise verwendet bzw. umgebucht wurde.

#### § 3 – Einschränkung des Versicherungsschutzes

Die HanseMercur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar war.

#### § 4 – Auszahlung der Versicherungsleistungen

Zur Auszahlung der Versicherungsleistungen sind folgende Nachweise beizubringen:

1. bei einer notfallbedingten Heimreise
  - a) ein Attest des behandelnden Arztes mit Angaben über
    - die Diagnose;
    - die Schwere der Krankheit bzw. über die Lebensbedrohlichkeit der Unfallfolgen;
    - den Zeitpunkt, wann (Datum) der Unfall stattfand bzw.
    - die schwere Krankheit erstmals festgestellt wurde;
    - den Zeitpunkt, wann der Patient erstmals mit dem Eintritt der schweren Erkrankung rechnen musste
  - b) auf Verlangen des Versicherers eine Schweigepflichtentbindungserklärung für den behandelnden Arzt;
  - c) im Todesfall eine Kopie der Sterbeurkunde;
  - d) Nachweis, dass eine Umbuchung des Tickets für die ursprünglich geplante Rückreise nicht möglich war;
  - e) Nachweis der kostengünstigsten Rückreisemöglichkeit;
  - f) Originalnachweise über den Bezug und die Bezahlung der Reisetickets.
  - g) Bei einer Rückkehr ins Gastland gemäß § 2 Abs. 2 b) dieser Bestimmungen ist neben den unter b) aufgeführten Belegen ein Nachweis darüber beizubringen, dass mehr als 30 Tage bis zur ursprünglich geplanten Rückreise im Gastland verblieben werden oder die versicherte Person in das Gastland zurückkehren muss, um eine für die weitere Schullaufbahn notwendige Prüfung abzulegen.

### IV. Reisegepäck-Versicherung

#### § 1 – Beschreibung des Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz besteht:

1. für aufgegebenes / in Fremdgewahrsam gegebenes Reisegepäck (mit Ausnahme der in § 2 Ziffer 4 genannten Gegenstände), wenn dieses abhandenkommt, zerstört oder beschädigt wird, während es sich im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens, Beherbergungsbetriebes oder einer Gepäckaufbewahrung befindet;
2. wenn Reisegepäck durch ein Beförderungsunternehmen nicht fristgerecht ausgeliefert wird (mit Ausnahme der in § 2 Ziffer 4 genannten Gegenstände), d. h. den Bestimmungsort nicht am selben Tag wie die versicherte Person erreicht (Lieferfristüberschreitung), für nachgewiesene Aufwendungen notwendiger Ersatzkäufe, bis zur Entschädigungsgrenze gemäß § 5 Ziffer 2.
3. während der übrigen Reisezeit, wenn Reisegepäck abhandenkommt, zerstört oder beschädigt wird durch
  - strafbare Handlungen Dritter. Hierzu zählen Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung und vorsätzliche Sachbeschädigung;
  - Transportmittelunfall (z. B. Verkehrsunfälle);
  - Brand, Blitzschlag, Explosion, Sturm, Überschwemmungen, Erdbeben, Erdbeben, Lawinen.

#### § 2 Versicherte Sachen

1. Versichert ist das Reisegepäck der versicherten Person im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme gemäß § 4 sowie der besonderen Entschädigungsgrenzen gemäß § 5 Ziffer 2.
2. Als Reisegepäck gelten Sachen des persönlichen Reisebedarfs, die auf einer Reise mitgenommen werden, sowie Geschenke und Reiseandenken, die während der Reise erworben werden. Gegenstände, die üblicherweise nur zu beruflichen Zwecken mitgeführt oder während der Reise erworben werden, sind nicht versichert.
3. Sportgeräte jeweils mit Zubehör (nicht jedoch Motoren) sind nur versichert, solange sie sich nicht im bestimmungsgemäßen Gebrauch befinden.
4. Wertsachen wie Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall, Foto-, Filmapparate, tragbare Videosysteme und Spielekonsolen jeweils mit Zubehör, Mobiltelefone (nicht jedoch Autotelefone) mit Zubehör, tragbare DVD-Player jeweils mit Zubehör und Laptops mit Zubehör, jedoch ohne Software, sind nur im Rahmen der Entschädigungsgrenzen gemäß § 5 Ziffer 2 versichert, und auch nur dann, solange sie bestimmungsgemäß getragen bzw. benutzt werden oder in persönlichem Gewahrsam und sicher verwahrt mitgeführt werden oder sich in einem ordnungsgemäß verschlossenen Raum eines Gebäudes oder eines Passagierschiffes befinden; Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall jedoch nur, solange sie außerdem in einem verschlossenen Behältnis untergebracht sind, das erhöhte Sicherheit auch gegen die Wegnahme des Behältnisses selbst bietet.

#### § 3 Leistungen

Im versicherten Schadenfall ersetzt die HanseMercur im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme gemäß § 4 sowie der besonderen Entschädigungsgrenzen gemäß § 5 für

1. zerstörte oder abhanden gekommene Sachen ihren Versicherungswert zur Zeit des Schadeneintritts;
2. beschädigte, reparaturfähige Sachen die notwendigen Reparaturkosten und gegebenenfalls eine bleibende Wertminderung, höchstens jedoch den Versicherungswert;
3. Filme, Bild-, Ton- und Datenträger den Materialwert;
4. die Wiederbeschaffung von Personalausweisen, Reisepässen, Kraftfahrzeugpapieren und sonstigen Ausweispapieren die amtlichen Gebühren.

#### § 4 Versicherungswert/Versicherungssumme/Selbstbehalt

1. Als Versicherungswert gilt der Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte am ständigen Wohnort der versicherten Person anzuschaffen, abzüglich eines dem Zustand der versicherten Sachen (Alter, Abnutzung, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages (Zeitwert).

2. Die HanseMerkur leistet Entschädigung je versicherten Schadenfall höchstens
  - a) bis zu der vereinbarten Versicherungssumme in Höhe von 2.000,- EUR;
  - b) bis zu den Entschädigungsgrenzen, die in § 5 Ziffer 2 vorgesehen oder zusätzlich vereinbart sind.

### § 5 Nicht versicherte Schäden und Sachen / Entschädigungsgrenzen

1. Nicht versichert sind
  - a) Schäden durch Verlieren, Liegen-, Stehen- oder Hängenlassen von Gegenständen;
  - b) Schäden, die verursacht werden durch die natürliche oder mangelhafte Beschaffenheit der versicherten Sachen, Abnutzung oder Verschleiß;
  - c) Vermögensfolgeschäden;
  - d) Bargeld, Schecks, Scheckkarten, Kreditkarten, Telefonkarten, Wertpapiere, Fahrscheine, Urkunden und Dokumente aller Art, Gegenstände mit überwiegendem Kunst- oder Liebhaberwert, Zahngold, Prothesen jeder Art, elektronische Datenverarbeitungssysteme aller Art (außer Audio-Player und Laptops) inklusive Zubehör und Software, Schusswaffen jeder Art inklusive Zubehör sowie Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge, Hängegleiter, Gleitflieger, Fallschirme, jeweils mit Zubehör.
2. Begrenzt ersatzpflichtig sind
  - a) Schäden an Pelzen, Schmucksachen, Gegenständen aus Edelmetall, Foto-, Filmapparaten und tragbaren Videosystemen, jeweils mit Zubehör, sowie an Laptops mit Zubehör, jedoch ohne Software. Diese können je versichertem Schadenfall insgesamt mit höchstens 50% der Versicherungssumme ersetzt werden;
  - b) Schäden an Geschenken und Reiseandenken, die auf der Reise erworben wurden. Diese können je versichertem Schadenfall bis maximal 300,- EUR ersetzt werden;
  - c) Schäden durch Lieferfristüberschreitung (§ 1 Ziffer 2). Hier können die nachgewiesenen Aufwendungen für notwendige Ersatzkäufe bis maximal 500,- EUR je versichertem Schadenfall ersetzt werden;
  - d) Schäden an Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräten sowie Mobiltelefonen (nicht versichert sind jedoch Autotelefone), jeweils mit Zubehör. Diese können je versichertem Schadenfall bis maximal 250,- EUR ersetzt werden;
  - e) Schäden an Golf- und Tauchausstattungsgegenständen sowie Fahrrädern, jeweils mit Zubehör. Sofern nichts anderes vereinbart, können diese je versichertem Schadenfall bis maximal 500,- EUR ersetzt werden;
  - f) Schäden an Wellenbrettern und Segelsurfgeräten, jeweils mit Zubehör. Diese können je versichertem Schadenfall bis maximal 500,- EUR ersetzt werden;
  - g) Schäden an Musikinstrumenten und Zubehör. Diese können je versicherten Schadenfall bis maximal 250,- EUR ersetzt werden, sofern die Musikinstrumente zu privaten Zwecken mitgeführt worden sind;
  - h) Schäden an Audio-Playern (z. B. MP3-Playern) und tragbaren DVD-Player jeweils inklusive Zubehör. Diese können je versichertem Schadenfall bis maximal 250,- EUR ersetzt werden.
3. Einschränkung des Versicherungsschutzes in Kraftfahrzeugen und Wassersportfahrzeugen
  - a) Versicherungsschutz für Schäden am Reisegepäck in unbeaufsichtigten Kraftfahrzeugen/Anhängern/Wassersportfahrzeugen durch strafbare Handlungen Dritter besteht nur, soweit sich das Reisegepäck nicht einsehbar in einem fest umschlossenen und durch Verschluss gesicherten Innen- bzw. Kofferraum (bei Wassersportfahrzeugen Kajüte oder Packkiste) oder in mit dem Fahrzeug fest verbundenen Gepäckboxen befindet.
  - b) Die HanseMerkur haftet nur, wenn nachweislich der Schaden tagsüber zwischen 6.00 und 22.00 Uhr eingetreten ist oder der Schaden während einer Fahrtunterbrechung von nicht länger als 2 Stunden eingetreten ist.
  - c) In unbeaufsichtigten Kraftfahrzeugen / Anhängern / Wassersportfahrzeugen **nicht** versichert sind Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall, Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme sowie Mobiltelefone, jeweils mit Zubehör.

- d) Als Beaufsichtigung gilt nur die ständige Anwesenheit einer versicherten Person oder einer von ihr beauftragten Vertrauensperson beim zu sichernden Objekt, nicht jedoch z. B. die Bewachung eines zur allgemeinen Benutzung offen stehenden Platzes, Hafens o. Ä.
4. Einschränkung des Versicherungsschutzes beim Camping
  - a) Versicherungsschutz für Schäden am Reisegepäck während des Zeltens oder Campings durch strafbare Handlungen Dritter besteht nur auf **offiziellen** (von Behörden, Vereinen oder privaten Unternehmern eingerichteten) **Campingplätzen**.
  - b) Werden Sachen **unbeaufsichtigt** (Ziffer 3a) im Zelt zurückgelassen, so besteht Versicherungsschutz für Schäden durch strafbare Handlungen Dritter nur, wenn nachweislich der Schaden tagsüber zwischen 6.00 und 22.00 Uhr eingetreten und das Zelt geschlossen ist.
  - c) Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall, Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme, Mobiltelefone, Uhren, optische Geräte, Radio- und Fernsehapparate, Tonaufnahme- und -wiedergabegeräte, jeweils mit Zubehör, sind im unbeaufsichtigten Zelt nicht versichert. Diese Gegenstände sind im Rahmen etwaiger Entschädigungsgrenzen nur versichert,
    - solange sie in persönlichem Gewahrsam und sicher verwahrt mitgeführt werden
    - oder der Campingplatzleitung zur Aufbewahrung übergeben sind
    - oder sich in einem durch Verschluss ordnungsgemäß gesicherten Wohnwagen /Wohnmobil oder in einem fest umschlossenen und durch Verschluss gesicherten Kraftfahrzeug nicht einsehbar auf einem offiziellen Campingplatz befinden.

### § 6 Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des versicherten Schadenfalles

Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer der nachstehenden Obliegenheiten ergeben sich aus § 7 Ziffer 2 des Allgemeinen Teils.

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist verpflichtet,

1. den Eintritt eines versicherten Ereignisses durch die Vorlage von Versicherungsnachweis und Buchungunterlagen im Original nachzuweisen;
2. Ersatzansprüche gegen Dritte (z. B. Beförderungsunternehmen, Beherbergungsbetrieb, Gepäckaufbewahrung) form- und fristgerecht geltend zu machen;
3. auf Verlangen der HanseMerkur ein Verzeichnis über alle zum Schadenzeitpunkt noch vorhandenen Sachen einzureichen;
4. Schäden an aufgegebenem/in Fremdgewahrsam gegebenem Gepäck gemäß § 1 Ziffer 1 sowie Schäden durch nicht fristgerechte Auslieferung gemäß § 1 Ziffer 2 unverzüglich dem Beförderungsunternehmen/Beherbergungsbetrieb/Gepäckaufbewahrungsunternehmen anzuzeigen und sich dies schriftlich bestätigen zu lassen. Der HanseMerkur ist hierüber eine Bescheinigung einzureichen. Bei äußerlich nicht erkennbaren Schäden ist das jeweilige Unternehmen nach der Entdeckung unverzüglich unter Einhaltung der jeweiligen Reklamationsfrist, spätestens innerhalb von 7 Tagen, aufzufordern, den Schaden zu besichtigen und zu bescheinigen;
5. Schäden durch strafbare Handlungen Dritter gemäß § 1 Ziffer 3a) und Brandschäden gemäß § 1 Ziffer 3c) **unverzüglich** der zuständigen Polizeidienststelle unter Einreichung eines vollständigen Verzeichnisses aller vom Schadenfall betroffenen Sachen anzuzeigen und sich dies schriftlich bestätigen zu lassen. Das der Polizei einzureichende Verzeichnis der vom Schadenfall betroffenen Gegenstände soll als Einzelaufstellung gefertigt werden und auch Angaben über den jeweiligen Anschaffungszeitpunkt sowie den Anschaffungspreis der einzelnen Gegenstände enthalten. Der HanseMerkur ist das vollständige Polizeiprotokoll einzureichen;
6. der HanseMerkur eine gleichlautende Liste aller vom Schadenfall betroffenen Sachen gemäß Ziffer 5 einzureichen. Weicht die bei der Polizei eingereichte Liste von der bei der HanseMerkur eingereichten Liste ab, so besteht im Leistungsfall nur für die versicherten Sachen ein Anspruch auf Entschädigung, die gegenüber der Polizei als abhandengekommen oder beschädigt gemeldet worden sind.