

# Versicherungsbedingungen für Reise-Krankenversicherungen von Sprachschülern und Studenten bei der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2013 (CC13)



Ihr zuverlässiger Partner für  
Krankenversicherungen im Ausland

## A: Allgemeiner Teil (gültig für alle im Teil B genannten Tarife Care College)

### § 1 - Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
- (2) Versicherungsfähig sind Praktikanten, Teilnehmer an Working-Holiday-Programmen sowie Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen an staatlichen oder privaten zu diesem Zweck zugelassenen Einrichtungen vorübergehend im Ausland aufhalten, sofern sie zu einem der folgenden Personenkreise zählen:
  - a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und unmittelbar vor Reiseantritt ständigen Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens;
  - b) Personen mit deutscher, österreichischer oder anderer Staatsbürgerschaft und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich während eines Aufenthaltes im Ausland;
  - c) Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit, die unmittelbar vor Reiseantritt für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren einen ständigen Wohnsitz im Ausland nachweisen können, während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Mitgliedstaates der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens.
- (3) Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
  - a) bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beginn einer Anschlussversicherung (Verlängerung des Versicherungsschutzes durch Abschluss eines unmittelbar anschließenden neuen Versicherungsvertrages) das 36. Lebensjahr vollendet haben (36. Geburtstag);
  - b) im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
  - c) Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihrer Reise eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben;
  - d) illegal eingereist sind;
  - e) dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
  - f) zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der HanseMerkur AG bzw. der Care Concept AG während der Dauer ihres befristeten Aufenthaltstitels in der Bundesrepublik Deutschland einen oder mehrere aufeinander folgende Reise-Krankenversicherungsverträge abgeschlossen hatten, deren Gesamtversicherungsdauer einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten hat. Dies gilt auch dann, wenn mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherungsgesellschaften bestanden haben.
  - g) sich ohne die Versicherungsfähigkeit begründenden Hauptgrund im Reiseland aufhalten. Der Hauptgrund für den Aufenthalt im Reiseland während des versicherten Zeitraumes muss die Aus- oder Weiterbildung oder die Durchführung eines Working-Holiday-Programmes sein. Eine Änderung des Hauptgrundes des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland (z. B. Beendigung des Studiums, der Schulbesuche), die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Versagung der Aufenthaltserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland sowie die ständige Wohnsitznahme in Deutschland oder Österreich bzw. im Ausland sind der HanseMerkur umgehend in Textform (z. B. durch Übersendung per Brief, Fax, E-Mail, etc.) anzuzeigen.
- (4) Der Hauptgrund für den Aufenthalt im Reiseland während des versicherten Zeitraumes muss die Aus- oder Weiterbildung oder die Durchführung eines Working-Holiday-Programmes sein. Eine Änderung des Hauptgrundes des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland (z. B. Beendigung des Studiums, der Schulbesuche), die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Versagung der Aufenthaltserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. im Ausland sowie die ständige Wohnsitznahme in Deutschland oder Österreich bzw. im Ausland sind der HanseMerkur umgehend in Textform anzuzeigen.

### § 2 - Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages bei der HanseMerkur. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU, EWR oder des Schengen-Abkommens bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland, ist auf Verlangen nachzuweisen.
- (2) Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von der HanseMerkur hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei der HanseMerkur eingeht und die HanseMerkur den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
- (3) Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten der HanseMerkur – zur Verfügung.
- (4) Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
- (5) Die Höchstversicherungsdauer beträgt 4 Jahre.
- (6) Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Auslandsaufenthalt ein eigenständiger Anschlussvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
  - a) Der Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) muss auf dem von der HanseMerkur hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur eingereicht werden.
  - b) Die HanseMerkur muss dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.
  - c) Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist eine Verlängerung des Versicherungsschutzes (Anschlussvertrag) nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren nicht überschritten wird. Die HanseMerkur ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.

Die HanseMerkur ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.

- (7) Bei Verlängerungen des Versicherungsschutzes durch eine Anschlussversicherung
  - a) besteht eingeschränkter Versicherungsschutz für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die vor dem Beginn der Verlängerung eingetreten sind, gemäß Teil B Ziffer 3.
  - b) gelten die §§ 4 Ziffer 2, 5.1. Ziffer 2, 6 Ziffer 1 c) und m) entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 5 II. Ziffer 3 zu beachten.
- (8) Ein Wechsel zwischen den Tarifen Care College, Care College Comfort und Care College Premium ist während der Vertragszeit nicht möglich. Sofern ein Tarifwechsel nachweislich aufgrund einer behördlichen Auflage für die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung erforderlich wird, kann der Versicherungsschutz in einem neuen Vertrag eines anderen Tarifes fortgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die verbleibende Vertragslaufzeit aus dem bisherigen Vertrag nicht überschritten wird. Rechte und Pflichten aus dem Vorvertrag gehen dann auf den Anschlussvertrag über. Für die Mehrleistungen aus dem neu gewählten Tarif gelten die vertraglichen Regelungen wie bei einem Neuausschluss. Sofern gleichzeitig eine Verlängerung des Versicherungsschutzes beantragt wird, gilt Ziffer 7 entsprechend. Die Umstellung kann nicht rückwirkend erfolgen.
- (9) Der Versicherungsvertrag endet
  - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b) mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich. 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 im Ausland;
  - d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen;
    - da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Ausland entschieden hat oder
    - da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
  - e) wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt.
  - f) bei versicherten Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland nach einer Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren für alle nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Reise-Krankenversicherungsverträge, auch soweit mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben.
- (10) Bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland hat jede versicherte Person das Recht auf Weiterversicherung im Basis- bzw. Standardtarif bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG.  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg

### § 2a - Kündigung

#### (1) Ordentliche Kündigung

Das Versicherungsverhältnis kann – soweit es für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen wurde – durch den Versicherungsnehmer zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Wenn Sie die Kündigung für einzelne versicherte Personen erklären, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die Kündigungserklärung bedarf der Textform (z. B. durch Übersendung per Brief, Fax, E-Mail, etc.).

Sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und der Versicherungsnehmer diese entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

Der Versicherer verzichtet auf sein Recht zur ordentlichen Kündigung.

#### (2) Außerdentliche Kündigung

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer unberührt.

### § 3 - Prämie

#### (1) Zahlung der Erst- oder Einmalprämie

- a) Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
- b) Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist die HanseMerkur, 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 Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

#### (2) Zahlung von Folgeprämien:

- a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet die HanseMerkur 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 die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet.
- c) Die HanseMerkur 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.

### § 3a - Recht zur Prämienanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen

kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 v. H., so können die Prämien vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden (sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge und Tagegelder erhöht werden).

- (2) Die Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (3) Erhöht der Versicherer die Prämien nach Absatz 1., so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

### § 4 - Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

#### (1) Geltungsbereich

- a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
- b) Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt, mit Ausnahme der Staaten der Nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada, Mexiko) sowie der Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und/oder in dem sie einen ständigen Wohnsitz hat:
  - für Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland: die Bundesrepublik Deutschland oder ein anderer Mitgliedstaat der EU, des EWR oder des Schengen-Abkommens;
  - für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich, sowie für Staatsangehörige der EG-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich;
  - für Personen mit anderer Staatsangehörigkeit, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben: alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich.
- c) Der Versicherungsschutz hat auch dann Gültigkeit, wenn sich der Aufenthalt im Ausland auf mehr als ein Gastland bezieht und der Wechsel zwischen den Gastländern im Zusammenhang mit der Aus- und Weiterbildung steht.
- d) 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.

- e) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (allgemeiner und besonderer Teil), sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- f) Abweichend von b) besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern Versicherungsschutz:

- Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von bis zu 4 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 14 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.
- Bei unterjährigen Versicherungsverträgen mit einer Dauer von mehr als 4 und weniger als 12 Monaten besteht Versicherungsschutz auch bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 28 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte während der Vertragslaufzeit.
- Für mehrere aufeinander folgende Verträge mit unterjähriger Laufzeit ist die Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland sowie in Drittländern begrenzt auf 42 Tage für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.
- Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Ferienaufenthalt im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern bis zu einer Dauer von 42 Tagen für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres. Ab dem zweiten Versicherungsjahr besteht Versicherungsschutz für Ferienaufenthalte im Heimatland oder in Drittländern für jeweils 21 Tage je angefangenes halbes Versicherungsjahr, höchstens jedoch für 42 Tage für alle Heimat- oder Drittlandaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgenden Verträge.

Der Tag der Einreise in das Heimatland und der Ausreise aus dem Heimatland wird jeweils als voller Tag des Heimatlandaufenthaltes gerechnet.

Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland oder ein Drittland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (per E-Mail, Fax oder Post) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen der HanseMerkur oder der Care Concept AG nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 8 Ziffer 2 e). Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % der tarifmäßig maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet.

Heimatland im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, und/oder in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

#### (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 oder Österreich bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
- c) nicht vor Zahlung der Prämie;
- d) nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

#### (3) Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b) für versicherte Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsbürgerschaft spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes;
- c) für Versicherte mit der Staatsbürgerschaft eines Drittlandes spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Republik Österreich;
- d) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;

- e) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder im Ausland nicht mehr vorliegen bzw. eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für das Reiseland erteilt wird;
- f) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt. Die Voraussetzung entfällt insbesondere dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat; ohne einen Rückkehrwillen zu haben;
- g) spätestens nach Ablauf einer Gesamtversicherungsdauer von 5 Jahren für alle nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Reise-Krankenversicherungsverträge, auch soweit mehrere aufeinander folgende Verträge bei unterschiedlichen Versicherern bestanden haben;
- h) nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Ferienaufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem 42. Tag für alle Ferienaufenthalte im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres.
- (4) Nachhaftung**  
Die Regelung zur Nachhaftung ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

## 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

### I. Allgemeine

- (1)** Die HanseMerkur leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 5 II. aufgeführt.
- (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 bzw. des Verlängerungsvertrages bestanden hat;
- b) die Entbindung;
- c) der 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 vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandlers erstattet, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland 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 Ziffer 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahrungsmittel, 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. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn die HanseMerkur die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- (7)** Die HanseMerkur 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; die HanseMerkur kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (8)** Die HanseMerkur 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.

### II. Wartezeiten

- (1)** Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt,
- a) wenn die versicherte Person eine Einreise im versicherten Aufenthaltsland innerhalb von 31 Tagen vor Antragstellung nachweist, die Versicherung vor Eintritt der Auslandsreise abgeschlossen wurde. Maßgebend ist der Eingang des Antrages bei der HanseMerkur bzw. Care Concept AG.
- b) bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
- (2)** Eine seit Einreise in die Bundesrepublik Deutschland oder Österreich bzw. seit der Grenzüberschreitung ins Ausland lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende Vorversicherung kann auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Die Leistungseinschränkungen gemäß § 6 gelten uneingeschränkt weiter.
- (3)** Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen und Zahnersatz 8 Monate. Sie rechnet vom Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerungen ab Beginn der Vertragsverlängerung an.

### III. Heilbehandlungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

### IV. Rücktransport, Überführungs- / Bestattungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

### § 6 - Einschränkung der Leistungspflicht

- (1)** Sofern nach dem gewählten Tarif oder den vertraglichen Vereinbarungen nicht etwas anderes bestimmt ist, wird nicht geleistet für:
- a) Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind;
- b) Unfallfolgen und Krankheiten (einschließlich Krankheitssymptomen), die bei Vertragsabschluss bestehen und bekannt sind, unabhängig davon, ob diese medizinisch behandelt wurden oder die versicherte Person hierzu einen ärztlichen Rat erhalten hat.
- c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Eintritt der Reise war;
- d) für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten;
- e) für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
- f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 5 Ziffer 6, Satz 3 ),

- g) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
- h) 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,
- i) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- j) für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder einer Gastfamilie zusammen lebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- k) für eine durch Sichtung, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung,
- l) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung,
- m) für bei Versicherungsbeginn bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung bestehende Schwangerschaften und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;
- n) für Immunisierungsmaßnahmen,
- o) für Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden,
- p) für Behandlungen wegen Sterilität, einschl. künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane,
- q) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen. Abweichend hiervon werden diese Kosten im vertraglichen Umfang bis zu 25.000,- € innerhalb der gesamten Vertragszeit übernommen, sofern die Infektion nachweislich erstmals nach Versicherungsbeginn bzw. Beantragung der Vertragsverlängerung festgestellt wurde.
- r) für Vorsorgeuntersuchungen;
- s) für Zahnersatz, Stützprothesen, Einlagefüllungen, Überkronen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbisshebel und gnathologische Maßnahmen;
- t) für Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen
- u) 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 die HanseMerkur ihre 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 die HanseMerkur 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 Kostensteigerung 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 der HanseMerkur 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 Versicherungsleistung

- (1)** Die Originalrechnungen sind einzureichen bei der
- Care Concept AG  
Postfach 33 01 51  
53203 Bonn
- (2)** Die HanseMerkur ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum der HanseMerkur - erbracht sind:
- a) Originalbelege in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, 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, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
- c) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
- d) auf Verlangen der HanseMerkur einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich;
- e) auf Verlangen der HanseMerkur einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland oder einem Drittland;
- f) auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziffer 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Aufenthaltsland;
- g) auf Verlangen der HanseMerkur einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland.
- (3)** 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.
- (4)** 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 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.
- (5)** Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur 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 die HanseMerkur Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (7)** Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (8)** Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der HanseMerkur angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung der HanseMerkur in Textform gehemmt.

## § 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 der HanseMerkur 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

- (1)** Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der HanseMerkur nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unstrittig und rechtskräftig festgestellt ist.

## § 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

- (1)** Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der HanseMerkur bedürfen der Textform.
- (2)** Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

## § 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

## § 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

Anschriften:

| Care Concept AG         | HanseMerkur Reiseversicherung AG |
|-------------------------|----------------------------------|
| Am Herz-Jesu-Kloster 20 | Siegfried-Wedells-Platz 1        |
| 53229 Bonn              | 20354 Hamburg                    |

## B. Besonderer Teil: Leistungsbeschreibung der jeweiligen Tarife zu den VB-KV 2013 (CC13)

### B I. Tarif Care College Basic

#### I. Heilbehandlungskosten

- (1) Die HanseMerkur erstattet – abzüglich 50,– € Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die nach Ablauf der Wartezeit entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen. In Anlehnung an § 5 I Ziffer 2 des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft fällig. Für Entbindungen beträgt der Selbstbehalt 250,– € je Versicherungsfall.
- (2) Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 1,8-fachen Satz der GOÄ.
- (3) Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung
- für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beginn der Vertragsverlängerung bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen oder
  - solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn bzw. Beginn der Vertragsverlängerung behandelt worden sind,
- trägt der Versicherungsnehmer einen Eigenanteil in Höhe von 5.000,– € je versicherte Person und angefallenem Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von jeweils zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer verringert sich dieser Eigenanteil nicht.
- Die Leistungen der HanseMerkur hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,– € innerhalb der gesamten Vertragszeit.
- Die Bestimmungen der §§ 2 Ziffer 6, 3, 4 Ziffer 3 und 6 Ziffer 1 c), 1 d) und 1 m) des Allgemeinen Teils A der Versicherungsbedingungen (VB-KV 2013 (CC13)) bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (4) Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
- ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat;
  - ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburts 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;
  - ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
  - ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
  - ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
  - ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, bis zu 250,– € je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschl. aller Vertragsverlängerungen;
  - Röntgendiagnostik;
  - unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatarztliche Behandlung);
  - Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
  - unaufschiebbare Operationen;
  - Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit. Für die Entbindung beträgt die Selbstbeteiligung 250,– € je Versicherungsfall;
  - Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.

#### II. Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) bis zum 1,8-fachen Satz der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Je Versicherungsfall trägt die versicherte Person einen Eigenanteil von 50,– €. Bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 250,– € je Versicherungsfall werden die Kosten zu 100 %, darüber hinaus zu 50 % erstattet. Sofern für eine Schmerzbeseitigung mehr als zwei Zähne versorgt oder eine Zahnfleischentzündung behandelt werden müssen, ist vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Kostenvorschlages (Heil- und Kostenplan) mit Begründung des Zahnarztes erforderlich. Der Versicherer verpflichtet sich, unverzüglich die vertraglichen Leistungen zu prüfen und dem Versicherungsnehmer den vertraglichen Anspruch mitzuteilen. Wird dieser Kostenvorschlag vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden die erstattungsfähigen Kosten nur bis 250,– € je Versicherungsfall erstattet.

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

Die HanseMerkur erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

- (1) die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten medizinisch sinnvollen Rücktransports in das Heimatland, höchstens bis zu 10.000,– €.
- (2) die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000,– €.
- (3) im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,– €.

#### IV. 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 4 Wochen weiter.

### B II. Tarif Care College Comfort

Zusätzlich zu den Leistungen des Tarifs Care College Basic sieht der Tarif Care College Comfort folgende Zusatzleistungen vor:

#### I. Selbstbeteiligung

Der Eigenanteil für die versicherte Person von 25,– € je Versicherungsfall fällt nur noch für frauenärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie in Höhe von 250,– € für Entbindungen an.

#### II. Begrenzung nach der Gebührenordnung

Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 2,3-fachen Satz der GOÄ.

#### III. Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) bis zum 2,3-fachen Satz der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500,– € je Versicherungsfall werden die Kosten zu 100 %, darüber hinaus zu 50 % erstattet. Sofern für eine Schmerzbeseitigung mehr als zwei Zähne versorgt oder eine Zahnfleischentzündung behandelt werden müssen, ist vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Kostenvorschlages (Heil- und Kostenplan) mit Begründung des Zahnarztes erforderlich. Der Versicherer verpflichtet sich, unverzüglich die vertraglichen Leistungen zu prüfen und dem Versicherungsnehmer den vertraglichen Anspruch mitzuteilen. Wird dieser Kostenvorschlag vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden die erstattungsfähigen Kosten nur bis 500,– € je Versicherungsfall erstattet.

#### IV. Zahnersatz

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 50 % bis maximal 500,– € innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

#### V. Rücktransport

Die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten, medizinisch sinnvollen Rücktransports in das Heimatland sind unbegrenzt mitversichert.

#### VI. Prämienrückerstattung

Der Versicherungsnehmer hat auf Antrag je Versicherungsjahr einen Anspruch auf Rückerstattung einer aktuellen Monatsprämie, sofern:

- die Vertragslaufzeit mindestens 12 Monate betragen hat,
- der Versicherungsschutz in den letzten 12 Monaten ununterbrochen bestanden hat,
- in diesem Zeitraum die versicherte Person leistungsfrei geblieben ist und
- die Prämien fristgerecht gezahlt wurden

#### VI. Ausfallgeld

Der Versicherer leistet eine Entschädigung für nicht in Anspruch genommene Leistungen, die in Zusammenhang mit der durch die versicherte Person geplante Bildungsmaßnahme stehen. Die Entschädigung wird als pauschalierte Krankentagegeldleistung erbracht.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Ereignisses

- eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung von mindestens 14 Kalendertagen und eine an die stationäre Behandlung anschließende Arbeitsunfähigkeit erleidet und
- die Zeiträume der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie der daran anschließenden, ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit müssen zusammengefasst mindestens 90 Kalendertage betragen. Aufnahme- und Entlassungstag der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung gelten dabei jeweils als ein Tag.

Die Leistung des Ausfallgeldes ist vor Eintritt aller vorstehenden Leistungsvoraussetzungen nicht fällig.

Löst derselbe Vorfall (z. B. dieselbe Erkrankung oder dieselbe Unfallfolge) mehrfach eine Leistungspflicht aus, gilt dies auch dann als ein Ereignis, wenn die Leistungsvoraussetzungen in verschiedenen Versicherungsjahren erfüllt werden.

Die Leistung ist für alle einen Anspruch auslösenden Vorfälle pro begonnenes Versicherungsjahr beschränkt auf 1.500,– EUR.

### B III. Tarif Care College Premium

Zusätzlich zu den Leistungen des Tarifs Care College Comfort sieht der Tarif Care College Premium folgende Zusatzleistungen vor:

#### I. Selbstbeteiligung

Der Eigenanteil von 250,– € für die versicherte Person fällt nur noch für Entbindungen an. Für alle übrigen Versicherungsfälle muss die versicherte Person den Eigenanteil übernehmen.

#### II. Hilfsmittel

Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, werden in einfacher Ausführung erstattet. Sehhilfen sind nach einer Wartezeit von 3 Monaten bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 100,– € erstattungsfähig. Ein erneuter Leistungsanspruch ergibt sich nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

#### III. Zahnbehandlungskosten

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten einer schmerzstillenden konservierenden Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht-dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung) in einfacher Ausführung zu 100 %. Sofern für eine Schmerzbeseitigung mehr als zwei Zähne versorgt oder eine Zahnfleischentzündung behandelt werden müssen, ist die Vorlage eines Kostenvorschlages (Heil- und Kostenplan) mit Begründung des Zahnarztes vor Behandlungsbeginn erforderlich. Die HanseMerkur verpflichtet sich, unverzüglich die vertraglichen Leistungen zu prüfen und dem Versicherungsnehmer den vertraglichen Anspruch mitzuteilen. Wird dieser Kostenvorschlag vor der Behandlung nicht vorgelegt, werden die erstattungsfähigen Kosten bis 750,– € je Versicherungsfall zu 100 % und die darüber hinaus gehenden Kosten nur zu 50 % erstattet.

#### IV. Zahnersatz

Die HanseMerkur erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Zahnersatz sowie die Kosten zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) nach einer Wartezeit von 8 Monaten in einfacher Ausführung zu 70 % bis maximal 1.000,– € innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Wird der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen, werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in einfacher Ausführung zu 100 % bis maximal 2.500,– € innerhalb von 2 Versicherungsjahren erstattet. Als Unfall gilt jedoch nicht eine Beschädigung der Zähne durch Kauen von Nahrungsmitteln und Gegenständen und Beißen. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Verlängerungen.

#### V. Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

- a) im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 15.000,– €.
- b) die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 15.000,– €.

#### VI. 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 8 Wochen weiter.

#### VII. Schwangerschaft und Entbindung

Bei Vertragsabschluss bestehende Schwangerschaften und sich daraus ergebende Entbindungen sind mitversichert ohne Wartezeit mit einem Selbstbehalt von 5.000,– € für Schwangerschaftsuntersuchungen und -vorsorge sowie Entbindung im Krankenhaus oder Entbindung durch Hebamme bei einer maximalen Erstattung von 30.000,– € innerhalb der gesamten Vertragszeit.

#### VII. Ausfallgeld

Der Versicherer leistet eine Entschädigung für nicht in Anspruch genommene Leistungen, die in Zusammenhang mit der durch die versicherte Person geplante Bildungsmaßnahme stehen. Die Entschädigung wird als pauschalierte Krankentagegeldleistung erbracht.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Ereignisses

- eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung von mindestens 14 Kalendertagen und eine an die stationäre Behandlung anschließende Arbeitsunfähigkeit erleidet und
- die Zeiträume der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie der daran anschließenden, ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit müssen zusammengefasst mindestens 90 Kalendertage betragen. Aufnahme- und Entlassungstag der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung gelten dabei jeweils als ein Tag.

Die Leistung des Ausfallgeldes ist vor Eintritt aller vorstehenden Leistungsvoraussetzungen nicht fällig.

Löst derselbe Vorfall (z. B. dieselbe Erkrankung oder dieselbe Unfallfolge) mehrfach eine Leistungspflicht aus, gilt dies auch dann als ein Ereignis, wenn die Leistungsvoraussetzungen in verschiedenen Versicherungsjahren erfüllt werden.

Die Leistung ist für alle einen Anspruch auslösenden Vorfälle pro begonnenes Versicherungsjahr beschränkt auf 2.500,– EUR.

**Versicherungsbedingungen für Reise-Sachversicherungen bei der HanseMerkur Reiseversicherung VB-RS 2008 (CHU)**

**A: Allgemeiner Teil gültig für alle im Teil B genannten Versicherungen**

**§ 1 - Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit**

- (1) Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
- (2) Versicherungsfähig bis zum vollendeten 74. Lebensjahr sind
- a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein;
  - b) Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich sowie Staatsangehörige der Europäischen Union und den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens und Liechtenstein mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich während eines Aufenthaltes im Ausland;
  - c) Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und seit mehr als 2 Jahren ständigem Wohnsitz im Ausland während eines nur vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein.
  - d) Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben.
- (3) Nicht versicherbar in der Reiseversicherung und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die illegal eingereist sind;
- (4) Die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Versagung der Aufenthaltserlaubnis im Ausland bzw. in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein sowie die ständige Wohnsitznahme in einem dieser Länder sind der HanseMerkur umgehend in Textform anzuzeigen.

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

- (1) Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, die Länder der Europäischen Union, die Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein zu stellen. Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages beim Versicherer bzw. Care Concept AG. Das Datum der Ein- bzw. Ausreise ist auf Verlangen nachzuweisen.
- (2) Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der von der HanseMerkur hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei der HanseMerkur eingeht und die HanseMerkur den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
- (3) Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender - unter Abzug der Kosten der HanseMerkur - zur Verfügung.
- (4) Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
- (5) Die Höchstversicherungsdauer beträgt 60 Monate.
- (6) Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann ein eigenständiger Verlängerungsvertrag unter folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
- a) Der Antrag auf Verlängerung muss auf dem von der HanseMerkur hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur eingereicht werden.
  - b) Die HanseMerkur muss dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.
- (7) Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach Zustimmung des Versicherers zur Vertragsverlängerung neu eingetreten sind.
- (8) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
- (9) Der Versicherungsschutz endet:
- a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
  - b) spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein bzw. im Ausland;
  - c) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein bzw. im Ausland nicht mehr vorliegen;
  - d) wenn die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person entfällt. Die Voraussetzung entfällt auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat.

**§ 3 - Prämie**

- Die Prämie ist eine Einmalprämie und ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht.
- a) Sie ist bei Vertragsbeginn fällig.
  - b) Wird die Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist die HanseMerkur, 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 Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

- (1) Geltungsbereich
- Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.
- a) Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt, mit Ausnahme der Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person (mit Ausnahme Ziffer III.) besitzt und/oder in dem sie einen ständigen Wohnsitz hat:
    - I. für Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland, die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein;
    - II. für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich, sowie für Staatsangehörige der Europäischen Union, der Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich, alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich;
    - III. für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz nachweislich seit mindestens zwei Jahren im Ausland haben, die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, die Länder der Europäischen Union, die Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein.
    - IV. für Personen mit anderer Staatsangehörigkeit, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland oder Österreich haben, alle Länder und Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich.
  - 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. Abweichend hiervon besteht für Personen gemäß § 1 Ziffer 2 c) Versicherungsschutz auch in der Bundesrepublik Deutschland bzw. Österreich.
  - c) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (allgemeiner und besonderer Teil), sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Beginn
- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
- a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
  - b) nicht vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, die Länder der Europäischen Union, die Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland
  - c) und nicht vor Zahlung der Prämie.
- (3) Für Versicherungsfälle die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind wird nicht geleistet.

**§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht**

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

**§ 6 - Allgemeine Einschränkungen des Versicherungsschutzes**

- (1) Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Streik, Krieg, kriegsähnlicher Ereignisse, aktive Teilnahme an inneren Unruhen und Kernenergie.
- (2) Der Versicherer 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 den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

**§ 7 - Allgemeine Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles 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 Kostenenerhöhung führen könnte;
  - b) den Schaden dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen;
  - c) dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen und Originalbelege einzureichen.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer und/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 oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. Bei

grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

**Hinweis: Bitte beachten Sie darüber hinaus die jeweiligen besonderen Obliegenheiten zu den in den Teilen B und C genannten Versicherungen.**

**§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistung**

- (1) Die Schadenmeldungen sowie Originalrechnungen sind an die
- Care Concept AG  
Postfach 33 01 51  
53203 Bonn
- einzureichen.
- (2) Die HanseMerkur ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise erbracht sind:
- a) auf Verlangen der HanseMerkur einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein bzw. im Ausland;
  - b) auf Verlangen der HanseMerkur einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
  - c) auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziffer 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein bzw. im Ausland;
- (3) 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.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der Care Concept AG 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 die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass die HanseMerkur Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (6) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der HanseMerkur angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung der HanseMerkur in Textform gehemmt.

**§ 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 Vertrag 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) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

**§ 10 - Aufrechnung**

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

**§ 11 - Willenserklärungen und Anzeigen**

- (1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der HanseMerkur und der Care Concept AG bedürfen der Textform.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

**§ 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 mitversicherten Personen. Die Ausübung der Rechte und Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind ausschließlich dem Versicherungsnehmer vorbehalten.

**§ 13 - Überschussbeteiligung**

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

**Anschriften:**

|                                                                 |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Care Concept AG</b><br>Am Herz-Jesu-Kloster 20<br>53229 Bonn | <b>HanseMerkur Reiseversicherung AG</b><br>Siegfried-Wedells-Platz 1<br>20354 Hamburg |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

B: Besondere Bedingungen zu den versicherten Sparten

I. REISE-UNFALLVERSICHERUNG

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer erbringt – soweit im Tarif vereinbart – Leistungen bei Unfällen auf der Reise, die zum Tod oder einer dauerhaften Invalidität der versicherten Person führen sowie für Bergungskosten oder für Kosten einer kosmetischen Operation, entsprechend den nachfolgenden Bestimmungen.
- (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 gezerzt oder zerrissen werden.
- (4) In Erweiterung von Absatz 2 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
- (5) Als Unfälle im Sinne von Absatz 2 gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser beim Tauchen.

§ 2 - Leistungen

1. 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. 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. Der Versicherer verpflichtet sich nach Anzeige des Versicherungsfalles auf diese Fristen in Textform hinzuweisen.
- (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, 1. Ziffer 2 ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 % 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, 1. Ziffer 2 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, 1. Ziffer 2 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 Prozent für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %).

- Führt ein Unfall, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen von § 2, 1. Ziffer 2 und 3, zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Funktion von mehr als 25 Prozent, gilt folgendes:
- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
- b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer 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 HanseMerkur weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge zusammen.

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

| Unfallbedingter Invaliditäts-grad % | Leistung aus der Versicherungs-summe % | Unfallbedingter Invaliditäts-grad % | Leistung aus der Versicherungs-summe % | Unfallbedingter Invaliditäts-grad % | Leistung aus der Versicherungs-summe % | Unfallbedingter Invaliditäts-grad % | Leistung aus der Versicherungs-summe % |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| 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                                    |

2. 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. Zur Geltendmachung wird auf § 5, Absatz 5 verwiesen.

3. Bergungskosten

- (1) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:

- a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
- b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;
- c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- d) Im Todesfall Überführung an den Ort des letzten ständigen Wohnsitzes.
- (2) 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 der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
- (3) Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich die versicherte Person unmittelbar an den Versicherer halten.
- (4) Bestehen für die versicherte Person bei der HanseMerkur mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

4. Kosmetische Operationen

- (1) Soweit dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, leistet der Versicherer Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.
- (2) Voraussetzungen:
- a) Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.
- b) Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- c) Die kosmetische Operation erfolgt nicht vor Ablauf von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- d) Ein anderer Kostenträger (gesetzliche oder private Krankenversicherung, Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

§ 3 - Fälligkeit der Leistungen

- (1) Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die die versicherte Person zum Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats (beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten) zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer bis zu max. 1 Promille der versicherten Summe.
- (2) Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich die versicherte Person und der Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nicht beansprucht werden.
- (3) Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen der versicherten Person angemessene Vorschüsse.
- (4) Die versicherte Person und der Versicherer 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 des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend § 3, Absatz 1, seitens der versicherten Person innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu versetzen.

§ 4 - Einschränkung des Versicherungsschutzes

1. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Satz 1 nicht mehr versicherbar ist.

2. Nicht versicherte Unfälle und Gesundheitsschädigungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- (1) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder die durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht werden;
- (2) 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;
- (3) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
- (4) Unfälle der versicherten Person, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges eintreten. Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast einer Fluggesellschaft;
- (5) Unfälle der versicherten Person beim Fallschirmspringen;
- (6) 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) Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung der Berufs- oder einer sportlichen Tätigkeit gegen Entgelt bzw. beim Training sowie bei Wettkämpfen von Leistungssportlern zustoßen. Kaufmännische Tätigkeit, Büro-, Lehr- und Verwaltungstätigkeit sowie die berufliche Tätigkeit von Reiseleitern sind jedoch mitversichert;
- (8) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Heilmaßnahmen oder Eingriffe, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;
- (9) Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind;
- (10) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1, Absatz 3 die überwiegende Ursache ist;
- (11) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

3. 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 Prozent 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 vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden.
- (3) Die versicherte Person hat sich von den von dem Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalles trägt der Versicherer.
- (4) Die Ärzte, die die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt und untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind, sofern es zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist, von der Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- (5) Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden dem Versicherer zu melden, auch wenn der Unfall selbst schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- (6) Die Leistungspflicht des Versicherers ruht, solange der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person die Obliegenheiten nach Absatz 2 - 4 nicht erfüllt hat. Im Übrigen gelten die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten gemäß § 7 Absatz 5 des Allgemeinen Teils der VB-RS 2008 (CHU).

II. REISE-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer 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 auf Grund 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 die in § 3, Absatz 3 genannten Sportarten);
- d) als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer 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 Treibätzen 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.
- (3) Sofern die versicherte Person aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-Pair ausübt, schließt die Reisehaftpflichtversicherung auch deren Berufshaftpflicht ein. Als versichert gelten dabei nur Haftpflichtansprüche aufgrund von Tätigkeiten, die die versicherte Person aufgrund ihres Ausbildungsstandes ausüben darf. Dieser Versicherungsschutz tritt aber nur

- dann ein, wenn gegen die versicherte Person selbst Ansprüche erhoben werden und für die versicherte Person kein anderweitiger Versicherungsschutz bzw. kein ausreichender Versicherungsschutz besteht, z. B. im Rahmen einer Privathaftpflichtversicherung der Gastfamilie. Ausgeschlossen sind jedoch Haftpflichtansprüche im Haushalt der Gastfamilie wegen Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bilder, Mobiliar, Haushaltsgegenstände, technische Haushaltsgeräte, Geschirr etc.;
- (4) Soweit dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, sind Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person als Benutzer der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden (z. B. Hotel- und Pensionszimmer, Ferienwohnungen, Bungalows) sowie der Wohnung/Haus der Gastfamilie mitversichert.
- Ausgeschlossen sind jedoch Haftpflichtansprüche wegen:
- Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, 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.
- Die Deckungssumme je Schadenereignis ergibt sich aus dem Tarif.
- (5) Sofern dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, gilt die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden Schlüsseln (auch General-Hauptschlüssel für eine zentrale Schließanlage und Code-Karten), die sich rechtmäßig in Gewahrsam des Versicherten befunden haben, als mitversichert.
- Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf gesetzliche Haftpflichtansprüche wegen der Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie für vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Notschloss) und einen Objektschutz bis zu 14 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.
- Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche aus Folgeschäden eines Schlüsselverlustes (z. B. wegen Einbruchs).
- Ausgeschlossen bleibt die Haftung aus dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen.
- Die Höchsterstatleistung des Versicherers je Schadenereignis ergibt sich aus dem Tarif. Für alle Schäden eines Versicherungsjahres –oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes– ist die Versicherungssumme für das Abhandenkommen von Schlüsseln innerhalb der Deckungssummen auf insgesamt 1.000.– € begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.
- Die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers an jedem Schaden beträgt 10 %, mindestens 100.– €.
- ## § 2 - Leistungen
- (1) Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entschädigung, welche die versicherte Person auf Grund eines von dem Versicherer abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von dem Versicherer geschlossenen oder genehmigten Vergleichs 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 dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührensordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihm 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 der Versicherer an ihrer Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.
- (2) Für den Umfang der Leistung des Versicherers bilden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als ein Schadenereignis. Die Gesamtleistung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für alle Schadenereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres –oder eines vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes– ist auf das Doppelte der nach dem gültigen Tarif gewählten Deckungssummen für Personen- und Sachschäden begrenzt.
- (3) Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der versicherten Person und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt der Versicherer den Rechtsstreit im Namen der versicherten Person. Die hierfür anfallenden Kosten übernimmt der Versicherer.
- (4) Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber § 2, Absatz 5).
- (5) Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer 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.
- Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und seines der 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 demselben Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente erstattet. Der Kapitalwert der Rente wird zu diesem Zweck auf Grund der Sterbetafel der Deutschen Aktuar-Vereinigung von 1995 für Rentner (DAV 1995 R), und eines Zinsfußes von jährlich 4 % ermittelt.
- (7) Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, so hat der Versicherer 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, Fursorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
- (3) Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport wie Judo, Kungfu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu.
- (4) Haftpflichtansprüche wegen Schäden
- a) an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat, oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
  - b) die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z. B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind.
- Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer wie für die durch den Versicherungsvertrag mitversicherten Personen. Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungslleistung tretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung, auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrlragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).
- (5) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrage oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen, bleiben ebenfalls von der Versicherung ausgeschlossen.
- (6) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.
- (7) Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
- (8) Haftpflichtansprüche
- a) aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiv Eltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familiähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind),
  - b) zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages,
  - c) von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen,
  - d) von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften,
  - e) von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine,
  - f) von Liquidatoren.
- Die Ausschlüsse unter b) – f) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.
- (9) Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hat, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigt. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdend.
- (10) Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen sowie Sachschäden, die durch Krankheit der der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden ist.
- (11) Haftpflichtansprüche aus Schäden an beweglichen Gegenständen (z. B. Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, Geschirr, Teppiche, etc.) in dem von der Gastfamilie bewohnten Haus oder der von der Gastfamilie bewohnten Wohnung (Haupt-, Neben- und Urlaubswohnsitz), einschließlich des hierzu gehörenden Grundstücks und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenanräume, sofern nicht ausdrücklich Haftleistungen vorgesehen sind (vergl. § 1 Abs. 4)
- (12) die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges (ausgenommen die in § 1, Absatz 2 f und g genannten Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
- (13) die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.
- (14) die Haftpflicht aus der Ausübung eines Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.
- (15) die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.

## § 4 - Besondere Obliegenheiten und Verfahren nach Eintritt des Versicherungsfalles (Ergänzung zu den im § 9 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) Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer (siehe Teil A § 11) unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in Textform anzuzeigen. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat die versicherte Person dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn sie den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat.
- Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber der versicherten Person geltend, so ist diese zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs verpflichtet. Wird gegen die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihr gerichtlich der Streit verkindet, so hat sie dies unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen. Das gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
- (3) Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen des Versicherers nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalls dient, sofern ihr dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Die versicherte Person hat den Versicherer bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Iatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadenfalls erheblichen Schriftstücke einzusenden.
- (4) Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat die versicherte Person die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem von dem Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat sie, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
- (5) Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder gleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Sollte dennoch ohne Zustimmung des Versicherers eine solche Anerkenntnis oder Befriedigung erfolgen, werden die Haftpflichtansprüche zunächst nach Rechtslage ohne Berücksichtigung der Anerkennung oder Befriedigung geprüft. Sofern danach Haftpflichtansprüche ohne Anerkennung oder Befriedigung nach Rechtslage berechtigt hätten abgewehrt werden können, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung für den den berechtigten Haftpflichtanspruch hinaus gehenden Anteil frei.
- (6) 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 dem Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter § 4, Absatz 3 bis 5 finden entsprechende Anwendung.
- (7) Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
- (8) Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus dem § 7 Absatz 5 des Allgemeinen Teils der VB-RS 2008 (CHU).

## C: Tarife

### I. TARIF TYP S

Eine Reise-Unfallversicherung ist nicht enthalten.

#### Reise-Haftpflichtversicherung

##### 1. Deckungssumme

1.000.000,– € pauschal für Personen– und Sachschäden

##### 2. Selbstbehalt

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person trägt je Versicherungsfall einen Selbstbehalt von 250,– €.

##### 3. Einschluss unbeweglicher Gegenstände in den Versicherungsschutz gemäß Teil B II. § 1 (4) VB-RS 2008 (CHU)

Die Deckungssumme beträgt je Schadenereignis 10.000,– €. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Schadenereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres ist auf das Doppelte der dort genannten Deckungssummen begrenzt.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet vom Versicherungsbeginn an einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Die versicherte Person hat von der Schadenersatzleistung bei jedem Schadenereignis 10 %, mindestens 250,– € selbst zu tragen.

##### 4. Abschiebekosten

Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person , die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemacht, nachgewiesenen Mehrkosten – nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 10 % mindestens 250,– € bis zu maximal 1.000,– €. Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

### II. TARIF TYP M

#### A. Reise-Unfallversicherung

##### 1. Versicherungssummen:

|                         |             |                                                           |
|-------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|
| Invalidität             | 30.000,– €  | gemäß Teil B I. § 2.1. VB/HU 08                           |
| Bei Vollinvalidität     | 105.000,– € | Progressionsstafel 350 % gemäß Teil B I. § 2 (6) VB/HU 08 |
| Todesfall               | 15.000,– €  | gemäß Teil B I. § 2.2. VB/HU 08                           |
| Bergungskosten          | 7.500,– €   | gemäß Teil B I. § 2.3. VB/HU 08                           |
| Kosmetische Operationen | 2.500,– €   | gemäß Teil B I. § 2.4. VB/HU 08                           |

##### 2. Einschluss der Kostenübernahme für kosmetische Operationen:

Der Versicherer leistet insgesamt bis zu maximal 2.500,– € Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonore und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten wird nicht geleistet.

#### B. Reise-Haftpflichtversicherung

##### 1. Deckungssumme: 2.000.000,– €

##### 2. Einschluss unbeweglicher Gegenstände in den Versicherungsschutz gemäß Teil B II. § 1 (4) VB-RS 2008 (CHU)

Die Deckungssumme beträgt je Schadenereignis 25.000,– €. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Schadenereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres ist auf das Doppelte der dort genannten Deckungssummen begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet vom Versicherungsbeginn an einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

Die versicherte Person hat von der Schadenersatzleistung bei jedem Schadenereignis 10 %, mindestens 250,– € selbst zu tragen.

##### 3. Abschiebekosten

Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person, die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemacht, nachgewiesenen Mehrkosten – nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 10 % mindestens 250,– € bis zu maximal 2.000,– €. Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

### III. TARIF TYP XL

#### A. Reise-Unfallversicherung

##### 1. Versicherungssummen:

|                         |             |                                                    |
|-------------------------|-------------|----------------------------------------------------|
| Invalidität             | 40.000,– €  | gemäß Teil B I. § 2.1. VB/HU 08                    |
| Bei Vollinvalidität     | 140.000,– € | Progressionsstafel 350 % gemäß § 2 (6) VB/AP-HU 08 |
| Todesfall               | 25.000,– €  | gemäß Teil B I. § 2.2. VB/HU 08                    |
| Bergungskosten          | 10.000,– €  | gemäß Teil B I. § 2.3. VB/HU 08                    |
| Kosmetische Operationen | 5.000,– €   | gemäß Teil B I. § 2.4. VB/HU 08                    |

##### 2. Einschluss der Kostenübernahme für kosmetische Operationen:

Der Versicherer leistet insgesamt bis zu maximal 5.000,– € Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonore und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten wird nicht geleistet.

#### B. Reise-Haftpflichtversicherung

##### 1. Deckungssumme: 2.500.000,– €

##### 2. Einschluss unbeweglicher Gegenstände in den Versicherungsschutz gemäß Teil B II. § 1 (4) VB-RS 2008 (CHU)

Die Deckungssumme beträgt je Schadenereignis 50.000,– €. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Schadenereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres ist auf das Doppelte der dort genannten Deckungssummen begrenzt.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet vom Versicherungsbeginn an einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Die versicherte Person hat von der Schadenersatzleistung bei jedem Schadenereignis 10 %, mindestens 250,– € selbst zu tragen.

##### 3. Einschluss des Schlüsselrisikos in den Versicherungsschutz gemäß Teil B II. § 1 (5) VB-RS 2008 (CHU)

Einschluss der gesetzlichen Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden Schlüsseln (auch General-Hauptschlüssel für eine zentrale Schließanlage und Code-Karten), die sich rechtmäßig in Gewahrsam der versicherten Person befunden haben.

Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf gesetzliche Haftpflichtansprüche wegen der Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie für vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Notschloss) und einen Objektschutz bis zu 14 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.

Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche aus Folgeschäden eines Schlüsselverlustes (z. B. wegen Einbruchs).

Ausgeschlossen bleibt die Haftung aus dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen. Die Höchstentlastung des Versicherers je Schadenereignis beträgt 1.000,– €. Für alle Schäden eines Versicherungsjahres – oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes – ist die Versicherungssumme für das Abhandenkommen von Schlüsseln innerhalb der Deckungssummen auf das Doppelte begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

Die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers an jedem Schaden beträgt 10 %, mindestens 100,– €.

#### 4. Abschiebekosten

Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person, die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten – nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 10 % mindestens 250,– € bis zu maximal 3.000,– €. Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

## Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

### § 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

(2) Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:

1. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 und
2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die ladungsfähige Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Absatzes 1 Satz 2 enthält.

Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
3. bei Versicherungsverträgen bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
4. bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinn des § 210 Absatz 2.

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf ausdrücklichen Wunsch des

Versicherungsnehmers vollständig erfüllt ist, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

(4) Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist abweichend von Absatz 2 Satz 1 nicht vor Erfüllung auch der in § 312g Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelten Pflichten.

(5) Die nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zu erteilende Belehrung genügt den dort genannten Anforderungen, wenn das Muster der Anlage zu diesem Gesetz in Textform verwendet wird. Der Versicherer darf unter Beachtung von Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 in Format und Schriftgröße von dem Muster abweichen und Zusätze wie die Firma oder ein Kennzeichen des Versicherers anbringen.

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

### § 15 Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

### § 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 16, kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

## Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch I und V

### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch I

#### § 21 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können in Anspruch genommen werden:

1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,
  2. bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere
    - a) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
    - b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
    - c) häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
    - d) Krankenhausbehandlung,
    - e) medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
    - f) Betriebshilfe für Landwirte,
    - g) Krankengeld,
  3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,
  4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.
- (2) Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen.

### Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch V

#### § 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

#### § 173 Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(3) Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.

#### § 175 Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(2a) Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechts- widrig ablehnt hat oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben werden kann. Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des nächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragsanhebung, der Beitragsrückzahlung oder der Prämienverminderung gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind; Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll. Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.

(4a) Mitglieder, die einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen haben, können ihre Mitgliedschaft abweichend von Absatz 4 Satz 1 nach Maßgabe dieses Absatzes kündigen. Erhebt die Krankenkasse erstmals einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 oder erhöht sich dieser, kann die Mitgliedschaft bis zur erstmaligen Fälligkeit des erhobenen oder erhöhten Differenzbetrags gekündigt werden; Absatz 4 Satz 6 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erstmalig oder erneut begründet wird. Mitglieder, die bereits vor dem 1. Januar 2012 einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen hatten, hat die Krankenkasse bis zum 29. Februar 2012 auf das Kündigungsrecht nach diesem Absatz hinzuweisen; das Kündigungsrecht kann bis zu einem Monat nach Zugang des Hinweises ausgeübt werden. Absatz 4 Satz 7 gilt für das Kündigungsrecht nach diesem Absatz entsprechend.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

#### § 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.

#### § 190 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.

#### § 254 Beitragszahlung der Studenten

Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im Voraus an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann andere Zahlungsweisen vorsehen. Weist ein als Student zu Versicherender die Erfüllung der ihm gegenüber der Krankenkasse auf Grund dieses Gesetzgebuchs auferlegten Verpflichtungen nicht nach, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertergemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die – wie z.B. beim Arzt – einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbearbeitung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme

in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Unfallversicherung

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadensfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbearbeitung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Unfallversicherung

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadensfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

5. Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentral nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldgänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

6. Für den Fall der Betreuung durch Versicherungsvermittler

Falls Sie in Ihren Versicherungsangelegenheiten (sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners) durch einen Vermittler betreut werden, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge und Höhe von Versicherungsleistungen, um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

Informationsblatt gemäß § 11 Versicherungsvermittlerverordnung

|                      |                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                | Care Concept AG                                                                                                                                                                                                                         |
| Anschrift:           | Am Herz-Jesu-Kloster 20<br>53229 Bonn<br>Telefon: +49 228 97735-0<br>Telefax: +49 228 9773535                                                                                                                                           |
| tätig als:           | Versicherungsvertreter (Mehrfachagent) gemäß § 34d, Absatz 1 GewO                                                                                                                                                                       |
| Handelsregister-Nr.: | HRB 8470                                                                                                                                                                                                                                |
| Ust-IdNr.:           | DE813961035                                                                                                                                                                                                                             |
| Vermittlerregister:  | Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.<br>Breite Straße 29<br>10178 Berlin<br>Telefon: 0 180 5005850<br>(14 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, mit abweichenden Preisen aus Mobilfunknetzen)<br>www.vermittlerregister.info |
| IHK-Reg.-Nr.:        | D-KUJH-GSQI4-87                                                                                                                                                                                                                         |
| Beteiligung:         | HanseMerkur Reiseversicherung AG, Hamburg                                                                                                                                                                                               |
| Vorstand:            | Jörg Schmidt, Dirk Günther                                                                                                                                                                                                              |
| Aufsichtsrat:        | Hans Geisberger (Vors.)                                                                                                                                                                                                                 |
| Schlichtungsstellen: | Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung   Postfach 06 02 22   10052 Berlin<br>www.pkv-ombudsmann.de<br><br>Versicherungsombudsmann e.V.   Postfach 08 06 32   10006 Berlin<br>www.versicherungsombudsmann.de                 |

Sie interessieren sich für die Auslandsreise-Krankenversicherung Care College – eine gute Wahl!  
Damit Sie einen schnellen Überblick über Ihre gewünschte Versicherung bekommen, bedienen Sie sich gerne dieses Informationsblattes.

Bitte beachten Sie, dass die hier aufgeführten Informationen nicht abschließend sind!

Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Versicherungsantrag, dem gewählten Tarif, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen, ggf. späteren schriftlichen Vereinbarungen.  
Jeder unten aufgeführte Versicherungsschutz ist nur dann gültig, wenn Sie diesen konkret abschließen, und er somit im von Ihnen gewählten Versicherungsumfang enthalten ist!

### Um welche Versicherungsart handelt es sich?

Ihre Versicherung ist eine Reisekrankenversicherung für Personen, die sich zeitlich befristet im Ausland aufhalten. Die Reisekrankenversicherung übernimmt Kosten für unvorhersehbare, akut während des Aufenthalts im Ausland medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

### Welchen Umfang hat Ihr Versicherungsschutz?

Der Umfang und die einzelnen Leistungen werden durch den gewählten Tarif bestimmt.

| Tarifestufe                                                                                                                | Basic                                    | Comfort                                  | Premium                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|
| Notfallservice weltweit                                                                                                    | ✓                                        | ✓                                        | ✓                           |
| ärztlich verordnete Medikamente und Krankentransporte                                                                      | ✓                                        | ✓                                        | ✓                           |
| Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen                                                                           | ✓ 50,– EUR SB                            | ✓ 25,– EUR SB                            | ✓                           |
| stationäre Behandlung im Krankenhaus in der allgemeinen Pflegeklasse - Mehrbettzimmer - ohne Wahlleistungen                | ✓                                        | ✓                                        | ✓                           |
| Kostenerstattung Heilbehandlungskosten nach GOÄ/GOZ                                                                        | ✓ bis max. 1,8-facher Satz               | ✓ bis max. 2,3-facher Satz               | ✓ bis max. 2,3-facher Satz  |
| ärztlich verordnete Hilfsmittel nach einem Unfall (einfache Ausführung)                                                    | ✓ bis 250,– EUR                          | ✓ bis 250,– EUR                          | ✓ zu 100 %                  |
| medizinisch sinnvoller Rücktransport ins Heimatland                                                                        | ✓ bis 10.000,– EUR                       | ✓ zu 100 %                               | ✓ zu 100 %                  |
| schmerzstillende Zahnbehandlung (Vorlage eines Heil- und Kostenplans bei Behandlung von mehr als zwei Zähnen erforderlich) | ✓ zu 100 % (bis 250,– EUR), ab dann 50 % | ✓ zu 100 % (bis 500,– EUR), ab dann 50 % | ✓ zu 100 %                  |
| Überführungs-/Bestattungskosten bei Tod                                                                                    | ✓ bis 10.000,– EUR                       | ✓ bis 10.000,– EUR                       | ✓ bis 15.000,– EUR          |
| Selbstbeteiligung je Versicherungsfall                                                                                     | ✓ 50,– EUR                               | ✓ nur bei Frauenärzten                   | –                           |
| Nachhaftung                                                                                                                | ✓ 4 Wochen                               | ✓ 4 Wochen                               | ✓ 8 Wochen                  |
| Zahnersatzkosten (in 2 Versicherungsjahren; Wartezeit 8 Monate)                                                            | –                                        | ✓ 50 % bis max. 500,– EUR                | ✓ 70 % bis max. 1.000,– EUR |
| Rückerstattung einer Monatsprämie (bei 12-monatiger Leistungsfreiheit/Versicherungsjahr)                                   | –                                        | ✓                                        | ✓                           |
| Ausfallgeld bei schwerer Erkrankung                                                                                        | –                                        | ✓ bis 1.500,– EUR                        | ✓ bis 2.500,– EUR           |
| unfallbedingter Zahnersatz bis max. 2.500,– EUR                                                                            | –                                        | –                                        | ✓                           |
| Sehhilfen (bis 100,– EUR; Wartezeit 3 Monate)                                                                              | –                                        | –                                        | ✓                           |

Alle Angaben sind ein Auszug aus dem Leistungskatalog. Den genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

**Wie hoch ist die Prämie, wann ist sie zu zahlen und was passiert, wenn Sie nicht zahlen?**

Der Beitrag für Ihre Versicherung ist eine Monatsprämie. Er ergibt sich aus dem gewählten Tarif sowie der gewählten Laufzeit. Bitte beachten Sie, dass sich bei Vertragslaufzeiten über 18 Monaten die Versicherungsprämie ab dem 19. Monat erhöht. Die derzeit aktuellen Prämien bitten wir der nachfolgenden Aufstellung zu entnehmen. Aus dieser können Sie die genaue Prämie zum jeweiligen Versicherungsschutz ablesen.

Die Erst- oder Einmalprämie ist bei Vertragsbeginn fällig. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens ab Zahlung der Prämie. Wird der Betrag der Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsschutz gewährleistende Versicherer zum Rücktritt berechtigt, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wird, bzw. werden durch Sie eine oder mehrere Folgeprämien nach Zahlungsaufforderung und Fristsetzung durch den Versicherungsschutz gewährenden Versicherer nicht gezahlt, so ist der Versicherer zur Kündigung des Versicherungsvertrages berechtigt. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 3, Teil A, Allgemeine Bedingungen der vereinbarten Versicherungsbedingungen)

| Prämientabelle Care College |               |              |               |              |               |              |
|-----------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| Tarif                       | Basis         |              | Comfort       |              | Premium       |              |
| Laufzeit                    | 1 - 18 Monate | ab 19. Monat | 1 - 18 Monate | ab 19. Monat | 1 - 18 Monate | ab 19. Monat |
| EUR/Monat                   | 26,00         | 48,00        | 33,00         | 56,00        | 57,00         | 79,00        |

Was ist nicht versichert?

Einige Fälle schließen wir vom Versicherungsschutz aus, denn ansonsten müssten wir eine sehr hohe Prämie verlangen.

**Generell nicht versichert** sind beispielsweise Versicherungsfälle in denen der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeiführt, der Versicherungsfall durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht wurde oder der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person arglistig über die Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

**Kein Versicherungsschutz besteht darüber hinaus insbesondere**

- für die Behandlung im Ausland, die zumindest auch Grund für den Antritt der Reise war,
- für Entziehungsmaßnahmen oder Kuren,
- für Hypnose, psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlung,
- für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung sowie
- für Organspenden und deren Folgen.

Die vollständigen Angaben zu den Einschränkungen des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 6, Teil A: Allgemeine Bedingungen der vereinbarten Versicherungsbedingungen.

**Zu beachtende Pflichten (Obliegenheiten):****Welche Pflichten haben sie bei Vertragsabschluss?**

Bei Vertragsabschluss müssen alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht werden. Ein Verstoß hiergegen führt zur Gefährdung des Versicherungsschutzes.

**Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn der Versicherungsfall eintritt?**

Der Schaden ist möglichst gering zu halten! Es ist alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Schäden sind unverzüglich anzuzeigen und die übersandte Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen. Die vollständigen Angaben zu den Pflichten, wenn der Versicherungsfall eintritt, entnehmen Sie bitte § 7, Teil A: Allgemeine Bedingungen der vereinbarten Versicherungsbedingungen.

**Welche Rechtsfolgen ergeben sich für Sie bei der Nichtbeachtung der Pflichten?**

Ganz wichtig: Wird eine der Pflichten verletzt, so kann der Versicherungsschutz gewährende Versicherer die Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Dies kann bis zum Verlust der kompletten Versicherungsleistung führen. Näheres dazu finden Sie in § 7 III, Teil A: Allgemeine Bedingungen der vereinbarten Versicherungsbedingungen.

**Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, nicht jedoch vor dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages und der Zahlung der Erstprämie.

Der Versicherungsschutz endet:

- zum vereinbarten Zeitpunkt,
- mit Beendigung des Versicherungsvertrages,
- mit dem Zeitpunkt, in dem eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfällt,
- mit Ende des Auslandsaufenthaltes.

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 4 (3), Teil A: Allgemeine Bedingungen der vereinbarten Versicherungsbedingungen).

**Wem gegenüber müssen Sie Ihre Erklärungen abgeben?**

Sämtliche Erklärungen, die Ihr Versicherungsverhältnis betreffen sind an die

**Care Concept AG, Postfach 33 01 51, 53203 Bonn**

**Telefon: +49 228 97735-0**

**Fax: +49 228 97735-35**

**E-Mail: [info@care-concept.de](mailto:info@care-concept.de)**

zu richten.

Mit Zugang Ihrer Erklärung im Hause der Care Concept AG gilt diese auch gegenüber dem zuständigen Versicherer als zugegangen.

## Verbraucherinformation

### Identität des Versicherers (Name, Anschrift):

HanseMerkur Reiseversicherung AG (Rechtsform: Aktiengesellschaft)  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg  
Telefon +49 40 4119-1000  
Fax +49 40 4119-3030

### Eintragung im Handelsregister:

Amtsgericht Hamburg HRB 19768

### Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte der HanseMerkur Reiseversicherung AG:

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg

### vertreten durch den Vorstand:

Fritz Horst Melsheimer (Vors.), Holger Ehses, Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig, Eberhard Sautter

### Hauptgeschäftstätigkeit der HanseMerkur Reiseversicherung AG, im Folgenden "HanseMerkur" genannt:

Die HanseMerkur betreibt die Versicherung von Risiken, die sich auf Reisen beziehen.

### Name und Adresse der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn  
[www.bafin.de](http://www.bafin.de)

### Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen:

Für die in diesem Druckstück aufgeführten Produkte bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.

### Wesentliche Merkmale der Leistungen:

Die HanseMerkur betreibt auf Reisen bezogene Schaden- und Unfallversicherungen. Je nach Umfang des gewählten Versicherungsschutzes, leistet die HanseMerkur aus der Reise-Krankenversicherung, Reise-Unfallversicherung, Reise-Haftpflichtversicherung, Reisegepäck-Versicherung oder Reise-Rücktrittskosten-Versicherung nach den jeweiligen Versicherungsbedingungen. Der Umfang des Versicherungsschutzes wird vom Versicherungsnehmer im Antragsdruckstück bestimmt. Genauere Angaben über Art und Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes sind der Leistungsbeschreibung im Antrag und den Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so erfolgt die Auszahlung der Entschädigung binnen 2 Wochen. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfung des Anspruchs durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens der versicherten Person gehindert ist.

### Rechtsordnung:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung.

### Gesamtpreis und Preisbestandteile:

Die zu entrichtende Gesamtpremie ergibt sich aus dem Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes. Die jeweiligen Prämien für die Bestandteile des Versicherungsschutzes sind dem Antragsdruckstück zu entnehmen.  
Die genannten Prämien enthalten – bis auf die Krankenversicherung, die versicherungsteuerfrei ist – die aktuelle gesetzliche Versicherungssteuer.

### Zusätzliche Kosten, Steuern oder Gebühren:

Weitere Kosten, Steuern oder Gebühren fallen nicht an.

### Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung:

Die Prämie ist eine Einmalprämie und bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Sie kann auch in Raten entrichtet werden; Näheres ist dem Versicherungsantrag zu entnehmen.

### Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen:

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind zeitlich unbefristet gültig.

### Beginn des Vertrages, des Versicherungsschutzes, Dauer der Bindefrist bei Antragstellung:

Der Vertrag kommt mit Zahlung der geschuldeten Prämie zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, nicht jedoch vor Zahlung der geschuldeten Prämie. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Kann die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

In der Reise-Krankenversicherung beginnt der Versicherungsschutz darüber hinaus nicht vor dem Zeitpunkt der Ausreise aus dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland oder aus dem Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat, sowie vor Ablauf eventueller Wartezeiten.

Die Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung entnehmen Sie bitte § 2 der beigefügten Versicherungsbedingungen.

Eine Bindefrist ist nicht vorgesehen.

### Wichtiger Hinweis gemäß § 37 Abs. 2 VVG:

Tritt der Versicherungsfall nach Abschluss des Vertrages ein und ist die einmalige oder die erste Versicherungsprämie zu diesem Zeitpunkt noch nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

### Widerrufsrecht:

Bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von mindestens einem Monat kann der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt mit der Abgabe der Vertragserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Care Concept AG, Postfach 33 01 51, 53203 Bonn  
Telefon +49 228 97735-0, Fax +49 228 97735-35, E-Mail: [info@care-concept.de](mailto:info@care-concept.de)

### Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird die HanseMerkur die entrichteten Beiträge zurückzahlen.

### Informationen über die Laufzeit der Versicherung:

Der Vertrag ist je nach gewählter Dauer befristet.

### Ende des Vertrages, Kündigungsrecht, Geschäftsgebühr:

Der Vertrag endet in der Reise-Rücktrittskosten-Versicherung mit dem Beginn der Reise, für alle anderen Versicherungen mit dem Ende der Reise bzw. dem vereinbarten Versicherungsende. In der Reise-Krankenversicherung endet der Versicherungsschutz mit der Einreise in das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat. Ein Recht zur vorzeitigen Kündigung des jeweiligen Versicherungsvertrages besteht grundsätzlich nicht; Ausnahmen sind dem jeweiligen Antragsdruckstück zu entnehmen.

Tritt die HanseMerkur wegen Nichtzahlung der ersten bzw. einmaligen Prämie gem. § 37 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurück, erhebt sie eine Geschäftsgebühr gem. § 39 Abs. 2 VVG in Höhe von 15,00 € je Versicherungsvertrag.

### Anwendbares Recht und Gerichtsstand:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung. Klagen gegen die HanseMerkur können erhoben werden in Hamburg oder an dem Ort, an dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

### Vertragssprache:

Maßgebliche Sprache für das Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

### Außergerichtliche Schlichtungs- und Beschwerdeverfahren:

Schlichtungsversuche und Beschwerden können – wenn eine Einigung mit der HanseMerkur nicht erzielt werden kann – an folgende Schlichtungs- und Beschwerdestellen gerichtet werden:

Für die Reise-Krankenversicherung:  
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin  
[www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

Für die übrigen Versicherungen:  
Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin  
[www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

### Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Beschwerden gegen die HanseMerkur können erhoben werden bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn  
[www.bafin.de](http://www.bafin.de)

## Ausdrückliche Erklärungen:

### 1. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf Angehörige von anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

### 2. Empfangsberechtigung der Versicherungsleistungen

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer, die Leistungen aus diesem Vertrag gegebenenfalls auch mit der versicherten Person oder Behandlern etc. direkt abzurechnen.

### 3. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderung) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den HUK Verband (Verband der Haftpflichtversicherer, Unfallversicherer, Kfz-Versicherer und Rechtsschutzversicherer e. V.) sowie an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der HanseMerkur Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben dürfen, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ferner ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen (falls nicht gewünscht, teilen Sie dieses bitte gesondert per E-Mail, Fax oder Post in Schriftform mit).

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Das Merkblatt finden Sie unten. Ich kann weiteren Werbemaßnahmen schriftlich oder telefonisch widersprechen. Nach Ablauf einer technisch/organisatorisch notwendigen Umsetzungsfrist wird diesem Wunsch entsprochen.

## **Wichtige Hinweise im Schadensfall**

Arztrechnungen bzw. Schadensmeldungen senden Sie bitte im Original formlos unter Angabe der Versicherungsscheinnummer an:  
Care Concept AG  
Postfach 33 01 51  
53203 Bonn

### **Bei Haftpflicht**

Bei Haftpflichtschäden sollte dem Geschädigten gegenüber kein Schuldanerkenntnis abgegeben werden. Die Prüfung, ob ein Verschulden vorliegt, erfolgt ausschließlich durch die Care Concept AG.

### **Bei Unfall**

Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies der Care Concept AG spätestens innerhalb von 48 Stunden anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet wurde.

### **Bei Krankheit**

Bei ambulanter Behandlung legen Sie dem Arzt bitte den Ihnen mit dem Versicherungsschein zugesandten – von Ihnen unterschriebenen – Behandlungsschein vor. Um Ihnen unnötigen Verwaltungsaufwand zu ersparen, zahlen wir die versicherten Leistungen aus dem Vertrag in Deutschland und Österreich direkt an den Arzt, gegebenenfalls unter Abzug der vereinbarten Selbstbehalte.

Bei stationärer Behandlung veranlassen Sie bitte das Krankenhaus, eine Kostenübernahmeerklärung bei der Care Concept AG, unter der Fax-Nr. + 49 228 97735-922 zu beantragen.

Bei ambulanter oder stationärer Heilbehandlung achten Sie bitte darauf, dass die Rechnung des Arztes/Krankenhauses folgende Angaben enthält:

- \* Name des Patienten
- \* Behandlungsdauer
- \* Krankheitsbezeichnung
- \* Einzelleistungen des Arztes/Krankenhauses

Anfallende Rezeptkosten werden – bei Anspruch – nach Erhalt der entsprechenden Arztrechnung auf das uns angegebene Konto des Versicherungsnehmers erstattet.