

Leistungsübersicht

Mit dieser Tabelle möchten wir Ihnen einen schnellen Überblick zu den tariflichen Leistungen geben. Den genauen Wortlaut der versicherten Leistungen finden Sie unter den aufgeführten Ziffern im Abschnitt II in den Versicherungsbedingungen VB-KV 2023 (B-YT-In-D) Profi.

Versicherte Leistungen der Reise-Krankenversicherung		Leistungshöhen
2.4	Ambulante Heilbehandlungen	
2.4.1	Ambulante Heilbehandlungen	100 %
2.4.2	Krankentransporte	100 %
2.4.3	Rehabilitationsmaßnahmen	100 %
2.4.4	Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, pro Versicherungsjahr	200,- EUR
2.4.5	Psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlungen bis zu 5 Sitzungen, pro Versicherungsjahr	1.000,- EUR
2.5	Stationäre Heilbehandlungen	
2.5.1	Stationäre Heilbehandlungen	100 %
2.5.2	Krankentransporte	100 %
2.5.3	Krankenbesuch	1.000,- EUR
2.5.4	Rehabilitationsmaßnahmen	100 %
2.5.5	Wahlweise alternativ Tagegeld bis zu 14 Tage, pro Tag	75,- EUR
2.6	Zahnärztliche Behandlungen	
2.6.1	Schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen	100 %
2.6.2	Zahnfüllungen in einfacher Ausführung	100 %
2.6.3	Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz	100 %
2.6.4	Zahnersatz aufgrund eines Unfalls	2.000,- EUR
2.6.5	Zahnersatz mit 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, pro Versicherungsjahr	2.000,- EUR
2.7	Medikamente, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel	
2.7.1	Medikamente und Verbandmittel	100 %
2.7.2	Heilmittel Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen Massagen, Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik	100 % 100 %
2.7.3	Unfallbedingte Hilfsmittel	100 %
2.8	Schwangerschaft	
2.8.1	Untersuchungen; Behandlungen bei Komplikationen, Frühgeburt, Fehlgeburt	100 %
2.8.2	Vorsorgeuntersuchungen und Entbindung	100 %
2.9	Krankenrücktransport, Überführung, Bestattung	
2.9.1	Krankenrücktransport inklusive Transportkosten für eine Begleitperson	100 %
2.9.2	Überführung in das Heimatland oder Bestattung in Deutschland bis zur Höhe der Überführungskosten	100 %
2.10	Verlängerung des Versicherungsschutzes	
2.10	Verlängerung des Versicherungsschutzes bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit	100 %

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung

VB-KV 2023 (B-YT-In-D) Profi

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

Wir sind die HanseMerkur Reiseversicherung AG mit Sitz in Hamburg. Sie sind unsere Vertragspartnerin oder unser Vertragspartner, die sogenannte Versicherungsnehmerin oder der sogenannte Versicherungsnehmer, wenn Sie den Versicherungsvertrag mit uns abschließen. Eine versicherte Person sind sowohl Sie, wenn Sie sich selbst versichert haben, als auch andere Personen, die Sie (mit-)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls in diesen Versicherungsbedingungen als „Sie“. Diese Versicherungsbedingungen gelten für Sie als Versicherungsnehmerin oder Versicherungsnehmer und für Sie als versicherte Person.

Ihre Versicherungsbedingungen bestehen aus 3 Abschnitten.

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

Im Abschnitt II befindet sich der genaue Wortlaut der Leistungsarten.

Im Abschnitt III befindet sich ein Auszug aus dem deutschen Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Inhalt

Abschnitt I – Allgemeine Bestimmungen.....	3
1 Der Versicherungsschutz.....	3
1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?.....	3
1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....	3
1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?.....	3
1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?.....	3
1.5 Versicherungsjahr und Wartezeiten	3
2 Der Versicherungsvertrag.....	3
2.1 Bis wann schließen Sie den Vertrag ab?.....	3
2.2 Für welche Dauer schließen Sie den Vertrag ab?.....	3
2.3 Wann endet der Versicherungsvertrag?.....	4
2.4 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?.....	4
2.5 Wann verjähren Ihre Ansprüche?.....	4
2.6 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?	4
3 Was muss bei der Prämienzahlung beachtet werden?.....	4
3.1 Prämienhöhe.....	4
3.2 Zahlung der ersten Prämie.....	4
3.3 Zahlung der Folgeprämien.....	4
3.4 Prämieinzug	4
3.5 Aufrechnung.....	4
4 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?.....	4
4.1 Wem können Sie einen Schadenfall melden?.....	4
4.2 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich?.....	4
4.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?.....	4
4.4 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?.....	5
4.5 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	5
4.6 Wann zahlen wir die Entschädigung?.....	5
Abschnitt II – Leistungsbeschreibung.....	5
1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz.....	5
1.1 Was ist ein Versicherungsfall?.....	5
1.2 Zwischen welchen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?.....	5
1.3 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?	5
2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?.....	6
2.4 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?.....	6
2.5 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?.....	6
2.6 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?	6
2.7 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?.....	6
2.8 Was leisten wir bei Schwangerschaft?.....	7
2.9 Was leisten wir bei Rücktransport, Überführung und Bestattung?.....	7
2.10 Wann verlängern wir Ihren Versicherungsschutz über die vereinbarte Dauer hinaus?.....	7
3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	7
3.1 In welchen Fällen können wir die Leistung herabsetzen?.....	7
3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht?.....	7

Abschnitt III – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).....	8
§ 19 Anzeigepflicht.....	8
§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers.....	8
§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers.....	8
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit.....	8
§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie.....	8
§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie.....	8
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen.....	9
Schlichtungsstellen.....	9

Abschnitt I – Allgemeine Bestimmungen

1 Der Versicherungsschutz

1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?

- 1.1.1 Versichert sind Sie, wenn Sie
- im Versicherungsschein namentlich genannt sind und
 - ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben und
 - sich nachweislich zur Durchführung von Bildungsmaßnahmen sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten. Hierzu zählen insbesondere folgende Personengruppen:
 - Au-pairs
 - Schüler
 - Sprachschüler
 - Studenten
 - Stipendiaten
 - Doktoranden
 - Teilnehmer an Work & Travel-Programmen
- und
- zum Zeitpunkt der Antragstellung das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 1.1.2 Neugeborene von versicherten Personen sind mit Vollendung der Geburt zum Tarif ihrer Eltern versichert. Voraussetzung ist, dass
- der Versicherungsvertrag mindestens seit 3 Monaten ununterbrochen bestand und
 - Sie das Neugeborene innerhalb von 2 Monaten nach dem Tag der Geburt rückwirkend bei uns versichern und
 - kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
- 1.1.3 Für Personen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung
- im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
 - eine Tätigkeit als Berufssportler ausüben;
 - dauernd pflegebedürftig sind, sowie Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist, sind nicht versicherungsfähig.
- Der Versicherungsvertrag kommt auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande.
- Für die Einordnung der Teilhabe am allgemeinen Leben sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) nach Ablauf der Wartezeiten.

1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle

- mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- im Falle eines Rücktransportes mit Ankunft im nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland;
- wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen.

1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?

- 1.4.1 Der Versicherungsschutz gilt während des vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland. In dieser Zeit besteht auch Versicherungsschutz für Reisen außerhalb Deutschlands und außerhalb Ihres Heimatlandes. Bei Reisen in die USA oder nach Kanada ist der Versicherungsschutz auf 14 Tage je Reise begrenzt. Heimatland im Sinne dieser Bedingung ist Ihr ständiger Wohnsitz vor Ihrem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland.
- 1.4.2 Hat Ihre Versicherung eine Laufzeit von mindestens 12 Monaten? In diesem Fall haben Sie auch Versicherungsschutz, wenn Sie vorübergehend in Ihr Heimatland zurückkehren (z. B. Heimaturlaub). Dieser ist für die gesamte Laufzeit auf insgesamt 6 Wochen begrenzt.

1.5 Versicherungsjahr und Wartezeiten

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

2 Der Versicherungsvertrag

2.1 Bis wann schließen Sie den Vertrag ab?

- 2.1.1 Ein Abschluss eines Versicherungsvertrages kann jederzeit getätigt werden. Beim Abschluss müssen alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig übermittelt werden.
- 2.1.2 Halten Sie diese Bestimmung nicht ein, können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein. Hierbei beachten wir die Regelungen der §§ 19–21 VVG. Diese finden Sie im Abschnitt III.

2.2 Für welche Dauer schließen Sie den Vertrag ab?

Der Zeitraum für den Vertrag ist für die gesamte noch verbleibende Dauer des Aufenthaltes zu wählen. Geringere Zeitspannen oder nur Reiseabschnitte zu versichern, ist nicht zulässig. **Hinweis: Eine fehlerhafte Angabe kann zu unserem Rücktritt vom Versicherungsvertrag und zum Verlust Ihres**

Versicherungsschutzes führen. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 19 VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt III. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 1 Jahr. Die Höchstversicherungsdauer gilt auch unter Berücksichtigung von gleichartigen Versicherungsverträgen, die vorher nicht bei uns bestanden haben.

- a) Verlängert sich Ihr Aufenthalt in Deutschland
- kann weiterer Versicherungsschutz nur durch einen neuen Versicherungsvertrag innerhalb der Höchstversicherungsdauer gewährt werden,
 - muss uns der Antrag für den neuen Versicherungsvertrag vor dem Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages vorgelegt werden.

Der neue Versicherungsvertrag kommt nur zustande,

wenn wir diesem ausdrücklich zustimmen! In diesem Fall

- werden etwaige erfüllte Wartezeiten des vorherigen Vertrages im neuen Vertrag angerechnet
- sind Krankheiten, Beschwerden, Unfälle und deren absehbare Folgen, die in der Laufzeit des vorigen Vertrages neu eingetreten sind, weiterhin versichert.

- b) Verlängert sich Ihr Aufenthalt aus Gründen, die Sie nicht zu vertreten haben, verlängern wir auf Antrag Ihren Versicherungsvertrag auch über die Höchstversicherungsdauer hinaus, wenn

- Ihr Verlängerungsantrag vor dem ursprünglichen Ablauf mit entsprechenden Nachweisen bei uns eingeht und
- wir dieser Verlängerung ausdrücklich zustimmen.

2.3 Wann endet der Versicherungsvertrag?

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von diesen Vereinbarungen unberührt.

Der Versicherungsvertrag endet auch für noch nicht abgeschlossene bzw. schwebende Versicherungsfälle

- zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - mit dem Tod des Versicherungsnehmers; die versicherten Personen können innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen;
 - im Falle eines Rücktransportes mit Ankunft im nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland;
 - mit der Beendigung der Auslandsreise oder wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen.
- Der Vertrag wird in diesem Fall frühestens zu dem Zeitpunkt beendet, an dem wir Kenntnis darüber erlangen.

2.4 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

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

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

2.5 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

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

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

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

3 Was muss bei der Prämienzahlung beachtet werden?

3.1 Prämienhöhe

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

3.2 Zahlung der ersten Prämie

3.2.1 Die erste Prämie ist sofort fällig, nachdem Sie den Versicherungsschein und die Prämienrechnung bekommen haben.

3.2.2 Zahlen Sie die erste Prämie nicht, können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 37 des VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt III.

3.3 Zahlung der Folgeprämien

Zahlen Sie die Folgeprämie nicht rechtzeitig, können wir den Vertrag kündigen und leistungsfrei sein. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 38 des VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt III.

3.4 Prämieinzug

Haben Sie mit uns einen Prämieinzug von einem Konto vereinbart, nehmen wir diesen sofort nach Ihrer SEPA-Mandatserteilung vor. Die Zahlung gilt als rechtzeitig,

- wenn wir die Prämie einziehen können und
- einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.

Konnte die Prämie ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn Sie diese unverzüglich nach unserer Aufforderung vornehmen.

3.5 Aufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

4 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?

4.1 Wem können Sie einen Schadenfall melden?

Schadenmeldungen senden Sie bitte formlos an: HanseMerkur Reiseversicherung AG, Abt. RLK/Leistung, Postfach, 20352 Hamburg, E-Mail: reiseleistung@hansemerkur.de. Sie können auch unser Online-Formular <https://mein-hmr.de/service/schadenmeldung/> nutzen. Bei Notfällen hilft Ihnen unser 24-Stunden-Notruf-Service. Diesen erreichen Sie zu jeder Zeit und weltweit.

4.2 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich?

Im Falle

- einer stationären Behandlung nehmen Sie bitte vor Beginn umfänglicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich mit unserem Notfall-Service Kontakt auf
- von nicht notfallbedingten Zahnersatzleistungen reichen Sie bitte vor Inanspruchnahme der Leistungen einen Heil- und Kostenplan bzw. Kostenvoranschlag ein. Im Falle eines medizinischen Notfalles ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes bzw. Kostenvoranschlages nicht erforderlich.
- eines möglichen Rücktransportes zu einem Krankenhaus in Ihrem Heimatland nehmen Sie Sie bitte unverzüglich mit unserem Notfall-Service Kontakt auf (siehe auch Ziffer 4.4.2).

4.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

4.3.1 Alle Auskünfte zum Schadenfall müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig geben. Sie müssen uns jede Auskunft erteilen und geeignete Nachweise dafür erbringen, die wir brauchen, um feststellen zu können,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt und
- in welchem Umfang wir leisten.

Unsere Schadenanzeige müssen Sie vollständig ausgefüllt zurücksenden.

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

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

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

Die Belege müssen

- den Namen der behandelten Person enthalten,
- die Krankheit benennen und
- die von der oder dem Behandelnden erbrachten Leistungen nach
 - Art,
 - Ort und
 - Behandlungszeitraum

enthalten.

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

4.4 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?

4.4.1 Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

4.4.2 Sie müssen unseren Anweisungen Folge leisten und insbesondere dem Rücktransport zum nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland bei Bestehen der Transportfähigkeit zustimmen, wenn wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit für erforderlich erachten.

4.4.3 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung im § 86 VVG bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf uns über. Wir beachten, dass Ihnen daraus kein Nachteil entsteht. Sie sind, falls erforderlich, verpflichtet, bei der Durchsetzung des Ersatzanspruches mitzuwirken.

4.5 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Absatz 2–4 VVG. Diese finden Sie im Abschnitt III.

4.6 Wann zahlen wir die Entschädigung?

4.6.1 Wir zahlen innerhalb von 2 Wochen. Voraussetzung ist,

- dass unsere Pflicht, zu leisten, dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist und
- dass uns die notwendigen Nachweise – diese gehen in unser Eigentum über – vorliegen.

Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange wir Ihren Anspruch durch Ihr Verschulden nicht prüfen können.

4.6.2 Wir rechnen Ihre Kosten in ausländischer Währung zum Kurs des Tages in EUR um, an dem wir die Belege erhalten. Es gilt der amtliche Devisenkurs, außer Sie haben die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs gekauft. Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:

- Kosten für die Überweisung von Leistungen ins Ausland oder
- Kosten für besondere Überweisungsformen, die Sie beauftragt haben.

4.6.3 Möglicherweise haben Sie einen Versicherungsschutz für Reisen auch bei anderen Versicherern. Das kann z. B. die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer privater

Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche bei anderen Versicherern, sind diese vorrangig.

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

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

Weitere Informationen darüber lesen Sie unter Ziffer 4.4.3.

Abschnitt II – Leistungsbeschreibung

1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz

Wir leisten nach bei einem im Geltungsbereich eintretenden Versicherungsfall.

1.1 Was ist ein Versicherungsfall?

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

- Schwangerschaft und Entbindung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht bestanden hat,
- medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft,
- Frühgeburten bis zur Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche,
- Fehlgeburten,
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie
- Tod.

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

1.2 Zwischen welchen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Wählen Sie frei unter folgenden gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen

- Ärztinnen und Ärzten,
- Zahnärztinnen oder Zahnärzten sowie
- Krankenhäusern.

Voraussetzung dafür ist, dass diese

- nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung (so weit vorhanden) oder
- nach den ortsüblichen Gebühren berechnen.

Das Krankenhaus muss im Aufenthaltsland

- anerkannt und zugelassen sein,
- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankenakten führen.

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

Wir leisten für

- Untersuchungen,
- Behandlungen und
- Arzneimittel,

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

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

Zu diesen Methoden zählen z. B.

- homöopathische Behandlungen

- anthroposophische Medizin oder
- Pflanzenheilkunde.

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

2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

- 2.1 Die nachfolgenden Leistungen erstatten wir, wenn der Versicherungsfall
- nach Beginn des Versicherungsschutzes und
 - nach Ablauf der Wartezeiten eingetreten ist.
- 2.2 Während Ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland ersetzen wir die nachstehenden Kosten bis zu den sogenannten Schwellenwerten der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen
- nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
 - nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,
 - nach den Abschnitten A, E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,
 - für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.
- 2.3 Bei Ihrem Aufenthalt außerhalb Deutschlands ersetzen wir die nachstehenden Kosten nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren.

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

Für folgende Leistungen erstatten wir die Kosten:

- 2.4.1 Heilbehandlungen.
- 2.4.2 Transport
- zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus und
 - zurück in die Unterkunft.
- 2.4.3 Medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen.
- 2.4.4 Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen nach Ablauf der Wartezeit von 6 Monaten ab Beginn des Versicherungsschutzes bis zu 200,- EUR pro Versicherungsjahr.
- 2.4.5 Psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlungen
- bis zu 5 Sitzungen,
 - bis zu einem Betrag von 1.000,- EUR pro Versicherungsjahr.

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

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

Für folgende Leistungen erstatten wir die Kosten:

- 2.5.1 unaufschiebbare Heilbehandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlungen) inklusive Verpflegung und Pflege im Krankenhaus.
- 2.5.2 Transport
- zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus und
 - zurück in die Unterkunft.
- 2.5.3 Krankenbesuch, wenn feststeht, dass Sie länger als 14 Tage im Krankenhaus bleiben müssen. In diesem Fall
- organisieren wir auf Wunsch die Reise einer nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und zurück zum Wohnort,
 - übernehmen die Hin- und Rückreisekosten in der einfachen Transportklasse.
- Wir erstatten hierfür die Kosten insgesamt bis zu einem Betrag von 1.000,- EUR.
- Voraussetzung ist jedoch, dass Sie bei Ankunft der nahestehenden Person noch in stationärer Behandlung sind.
- 2.5.4 Medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen.

- 2.5.5 Im Falle einer stationären Behandlung können Sie entscheiden:

- Sie erhalten von uns eine Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen (Ziffer 2.5.1–2.5.4) oder
- Sie erhalten ab Beginn der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld bis zu 14 Tage von 75,- EUR pro Tag. Dieses Wahlrecht haben Sie aber nur zu Beginn der stationären Behandlung.

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

Für folgende Leistungen erstatten wir die Kosten:

- 2.6.1 Schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen.
- 2.6.2 Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.
- 2.6.3 Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, soweit sich die Reparaturnotwendigkeit erst nach Beginn des Versicherungsschutzes ergeben hat.
- 2.6.4 Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles
- während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist oder
 - repariert werden muss,
 - bis zu einem Betrag von 2.000,- EUR.
- 2.6.5 Zahnersatz nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab Beginn des Versicherungsschutzes. Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten
- Stichtzähne,
 - Einlagefüllungen,
 - Überkronungen,
 - Brücken,
 - kieferorthopädische Behandlungen,
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und
 - implantologische Zahnleistungen.
- Wir leisten 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, bis zu 2.000,- EUR pro Versicherungsjahr.

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

Wir leisten, wenn diese

- von einer oder einem der unter Ziffer 1.2 aufgeführten Behandelnden verordnet wurden und
- medizinisch notwendig sind.

2.7.1 Medikamente und Verbandmittel

Medikamente müssen Sie aus der Apotheke beziehen. Als Medikamente gelten, auch wenn sie verordnet sind,

- weder Nähr- und Stärkungsmittel
- noch kosmetische Präparate.

2.7.2 Heilmittel

Das sind Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen. Hierzu gehören auch

- Massagen,
- medizinische Packungen,
- Inhalationen,
- Krankengymnastik.

2.7.3 Hilfsmittel

Folgende Gegenstände zählen als Hilfsmittel:

- Bandagen, Bruchbänder, Einlagen,
- Gehstützen und Kompressionsstrümpfe,
- Hörgeräte,
- Korrekturschienen,
- Kunstglieder oder Prothesen,
- Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrräder,
- Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte,
- Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie
- Sprechgeräte.

Versichert sind Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie

- infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und
- der Behandlung der Unfallfolgen dienen.

2.8 Was leisten wir bei Schwangerschaft?

- 2.8.1 Wir erstatten die Kosten
- für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaftskomplikationen,
 - bei einer Fehlgeburt sowie
 - für eine Entbindung vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche.
- Voraussetzung hierfür ist, dass die Behandlungsnotwendigkeit bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht feststand.
- 2.8.2 Ist die Schwangerschaft nach Beginn des Versicherungsvertrages eingetreten, leisten wir nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten für
- Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen und
 - die Entbindung.
- Wir erkennen auch Untersuchungs- und Behandlungsrechnungen von Hebammen oder Geburtshelfern an, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch eine Ärztin oder einen Arzt in Rechnung gestellt werden.

2.9 Was leisten wir bei Rücktransport, Überführung und Bestattung?

2.9.1 Was leisten wir bei einem Rücktransport?

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

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

Wir übernehmen auch die Kosten für den Transport einer mitversicherten Begleitperson sowie eine gegebenenfalls erforderlichen Arztbegleitung, soweit die Begleitung

- medizinisch erforderlich,
- behördlich angeordnet oder
- seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

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

2.9.2 Was leisten wir, wenn die versicherte Person stirbt?

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

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

Ihre Behandlung dauert länger, weil

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

In diesem Fall verlängern wir die Dauer Ihres Versicherungsschutzes, bis Sie wieder transportfähig sind (einschließlich eines dann eventuell notwendig werdenden Rücktransports).

3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

3.1 In welchen Fällen können wir die Leistung herabsetzen?

- 3.1.1 Für Kosten für Heilbehandlungen von
- Krankheiten,
 - Beschwerden und
 - Unfallfolgen,
- die in den letzten 6 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes oder dem Beginn der Verlängerung bekannt waren, tragen Sie einen Eigenanteil in Höhe von 5.000,- EUR je Versicherungsfall. Unsere Leistungen hierfür sind für jede

versicherte Person auf 30.000,- EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

- 3.1.2 Wir können die Leistungen auf einen angemessenen Betrag reduzieren, wenn
- die Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
 - die Kosten der Heilbehandlung das ortsübliche Maß übersteigen.
- 3.1.3 Nehmen Sie keine Schulmedizin in Anspruch, können wir die Leistung reduzieren. Wir erstatten den Betrag, der bei vorhandenen schulmedizinischen Methoden oder Arzneimitteln anfällt (Näheres dazu unter Ziffer 1.3).

3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht?

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

- 3.2.1 Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes oder vor Ablauf der Wartezeit eingetreten sind.
- 3.2.2 Wenn Sie
- arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind oder
 - den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.
- 3.2.3 Für Behandlungen, die
- der alleinige Grund oder
 - einer der Gründe für den Antritt der Reise oder des Versicherungsabschlusses waren.
- 3.2.4 Für Behandlungen, deren Notwendigkeit bei Reiseantritt oder Vertragsabschluss feststand.

Ausnahme:

Sie unternehmen die Reise wegen des Todes der Ehegattin oder des Ehegatten oder einer bzw. eines Verwandten 1. Grades.

- 3.2.5 Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch
- Krieg,
 - innere Unruhen, entstehen.
- 3.2.6 Für Kuren und Behandlungen im Sanatorium.

Ausnahme:

Diese Behandlungen erfolgen im Anschluss an eine stationäre Behandlung wegen

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

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

- Sie uns den geplanten Aufenthalt vor der Behandlung anzeigen und
 - wir die Leistungen in Textform zugesagt haben.
- 3.2.7 Für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- 3.2.8 Für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort.
- Ausnahme:**
- Die Heilbehandlung ist durch einen dort eintretenden Unfall notwendig oder
 - Sie haben sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zum Zweck einer Kur aufgehalten und erkranken dort.
- 3.2.9 Für Behandlungen durch
- Ehegattin oder Ehegatte
 - Eltern
 - Kinder
 - Personen, mit denen Sie innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenleben.
- Für nachgewiesene Sachkosten leisten wir auch in diesen Fällen.
- 3.2.10 Für Behandlungen oder Unterbringung aufgrund
- Siechtum,
 - Pflegebedürftigkeit oder

- Verwahrung.
- 3.2.11 Für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung.
- 3.2.12 Für Immunisierungsmaßnahmen.
- 3.2.13 Für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehöriger Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen.
- 3.2.14 Für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen.
- 3.2.15 Für Organspenden und Folgen.

Abschnitt III – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) ¹Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. ²Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. ²In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. ²Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) ¹Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. ²Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) ¹Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

¹Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. ²Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) ¹Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. ²Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. ³Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner

Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) ¹Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) ¹Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. ²Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht 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) ¹Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. ²Die 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. ³Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der

Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von 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.

Schlichtungsstellen

Wir weisen Sie an dieser Stelle auf die Möglichkeit zur außergerichtlichen Streitbeilegung hin.

Für die Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch eine freiwillige Mitgliedschaft der HanseMerkur im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. satzungsgemäß die Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle.

Ombudsmann

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Hotline: 01802 550 444

Fax: 030 204 589 31

Weitere Informationen finden Sie im Internet:
www.pkv-ombudsmann.de.