

MondiCare World

KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ
FÜR LANGFRISTIGE AUFENTHALTE
IM AUSLAND



Weltweite Reisekrankenversicherung
Für Privatpersonen und Selbständige

Für Aufenthalte bis zu 10 Jahre im Ausland

MondiCare World

TARIFINFORMATIONEN (VB TEIL II)

	MERKMAL	MONDICARE WORLD
1.	Versicherer	HanseMerkur Reiseversicherung AG, Hamburg
2.	Vertrieb	Expatri Consult GmbH, Hamburg
3.	Versicherbare Personen	Natürliche Personen bis zu einem Alter von 65 Jahren (65. Geburtstag), sofern Versicherungsfähigkeit gemäß den VB Teil I, A, § 1 gegeben ist. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebenspartner und Kinder.
4.	Geltungsbereich	Versicherungsschutz besteht weltweit unter Beachtung von VB Teil I, A, § 1, Abs. 4. und 5. sowie VB Teil II, Punkt 15. Im jeweiligen Heimatland besteht Versicherungsschutz für vorübergehende Heimataufenthalte während der Dauer der Langzeitreise, sofern das Heimatland durch Auswahl des entsprechenden Prämienbereiches (VB Teil II, Punkt 20) eingeschlossen ist. Heimatland ist der Staat, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
5.	Beginn des Versicherungsschutzes	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, A, § 4.
6.	Versicherungsjahr	Jeweils vom 01.07. eines jeden Jahres bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres.
7.	Dauer des Versicherungsverhältnisses	5 Jahre, eine einmalige Verlängerung um weitere 5 Jahre ist mit Einwilligung des Versicherers möglich.
8.	Kündigung des Versicherungsverhältnisses	<ol style="list-style-type: none"> Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Versicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis kann für einzelne versicherte Personen jederzeit vom Versicherungsberechtigten oder von der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden. Es endet dann mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats. Sind Versicherungsberechtigter und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und die Versicherungsnehmerin dieses dem Versicherer bei der Abmeldung aus dem Versicherungsvertrag entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsberechtigten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
9.	Angaben zum Gesundheitszustand	Keine. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen.
10.	Leistungen	MONDICARE WORLD
11.	Ambulante Heilbehandlung	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung als Privatpatient, ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen.
12.	Stationäre Heilbehandlung	100% für medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und behandlungsbedingte Unterbringung als Privatpatient im Zweibettzimmer sowie für medizinisch notwendige Operationen, Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik.
13.	Arznei-, Verbands- und Heilmittel	100%, soweit ärztlich verordnet und medizinisch notwendig.
	Zahnmedizinische Heilbehandlung	100% des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung in einfacher Ausfertigung. Pro Versicherungsjahr ist eine Vorsorgeuntersuchung, jedoch keine Vorsorgebehandlung, mitversichert
14.	Zahnersatz, kieferorthopädische Maßnahmen	<p>Abweichend von VB Teil I, A §6, Abs. 2 q besteht Versicherungsschutz nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten für</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 80% des Rechnungsbetrages für Zahnersatz und ○ bis zu einem Alter von 18 Jahren für kieferorthopädische Behandlungen, ○ höchstens jedoch bis insgesamt 2.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren, ○ bis insgesamt 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren, ○ ab dem vierten Versicherungsjahr höchstens bis 4.000 EUR pro Versicherungsjahr <p>Bei unterjährigen An-/Abmeldungen werden die genannten Beiträge anteilig berechnet.</p>
15.	Vorsorgeuntersuchungen	Ambulante Vorsorgeuntersuchung für Kinder sowie zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.

MondiCare World

TARIFINFORMATIONEN (VB TEIL II)

MERKMAL	MONDICARE WORLD	
16. Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung	Versicherungsschutz besteht für: <ol style="list-style-type: none"> ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen und Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat, sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt; durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand; Entbindungen nach Ablauf der tariflich vereinbarten Wartezeit. 	
17. Hilfsmittel	Abweichend von VB Teil I, A, § 6, Abs. 2 g besteht, sofern ärztlich verordnet und medizinisch notwendig, Versicherungsschutz für die folgenden Hilfsmittel: <ol style="list-style-type: none"> Sehhilfen bis zu 50,- EUR pro versicherter Person und Versicherungsjahr; Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausfertigung. 	
18. Sonstige Leistungen	<ol style="list-style-type: none"> 100% für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück. Der Versicherer erstattet für einen medizinisch notwendigen Rücktransport oder eine Überführung in das Heimatland oder an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person <ul style="list-style-type: none"> innerhalb eines Kontinents bis zu 5.000 EUR kontinentübergreifend bis 10.000 EUR <p>Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes ist vorzulegen.</p>	
19. Wartezeit	8 Monate für Zahnersatz und Entbindung	
20. Monatsprämie		
Weltweit ohne USA/Canada	Versicherungsberechtigte(r)	Familienangehörige
	139,00 EUR	190,00 pro Person
Abweichend hiervon besteht bei Zahlung der oben genannten Beiträge Versicherungsschutz für urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte auch in den USA/in Kanada für die ersten 42 Tage eines Aufenthaltes in diesen Ländern, maximal für 42 Tage je Versicherungsjahr. Für Behandlungen, die über den 42. Tag hinaus notwendig werden, wird nicht geleistet. Der Versicherungsschutz ist jedoch begrenzt auf akut auftretenden Behandlungsbedarf. Für Krankheiten, deren Behandlung bereits vor Einreise in die USA/Kanada feststand, besteht kein Versicherungsschutz. Der Aufenthalt ist vor Einreise in die USA/Kanada beim Versicherer anzuzeigen. Beginn und Ende des Aufenthaltes sind auf Verlangen nachzuweisen.		
USA/Canada	Versicherungsberechtigte(r)	Familienangehörige
	389,00 EUR	589,00 EUR
21. Selbstbehalt	Weltweit ohne USA/Canada	USA/Canada
	0 EUR	500,00 EUR pro Person und Versicherungsjahr. Unterjährige An- und Abmeldungen werden anteilig berechnet.
22. Sonstiges	Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung wird angeraten.	
23. Medizinische Assistance	Versichert sind Leistungen gemäß § 1 Ziffer 1-5 gem. Teil B, Abschnitt II „Medizinische Assistanceleistungen“ der VB-KV 2010 (HGP) Teil I.	
24. Onlineantrag	Zum Online-Antrag MondiCare World	

Medizinische Assistance für MondiCare-Versicherte

Für eine schnelle und reibungslose Soforthilfe bei medizinischen Notfällen im Ausland hat die Expat Consult GmbH das umfangreiche Assistance-Programm der HanseMercur Reiseversicherung AG in alle Versicherungen der MondiCare-Produktreihe integriert.

Folgende Leistungen stehen den Versicherten zur Verfügung und können an 365 Tagen im Jahr 24 Stunden lang abgerufen werden:

- Mehrsprachige 24-Stunden Notfall-Hotline,
- Benennung und Information hinsichtlich qualifizierter (Zahn-)Ärzte bzw. Krankenhäuser innerhalb der Region des aktuellen Aufenthaltsortes,
- Beratung von Patienten in Routine- und Notfällen sowie in Krisenfällen, welche die Sicherheit im Aufenthaltsland gefährden,
- Unterstützung bei der Vereinbarung von Behandlungsterminen mit Krankenhäusern und Ärzten bei ambulanter Behandlung,
- Im Krankheitsfall Organisation der Aufnahme in ein Krankenhaus,
- Hilfe bei der Beschaffung und dem Versand von rezeptpflichtigen Medikamenten (soweit gesetzlich gestattet),
- Vermittlung von Dolmetschern und Übersetzungsdiensten,
- Zugriff auf weltweit medizinische Informationen in deutscher und englischer Sprache,
- Unterstützung und Betreuung von Angehörigen durch Versorgung mit länderspezifischen Daten und Informationen rund um die Gesundheitsversorgung,
- Beratung und Unterstützung bei Verlust von wichtigen Dokumenten und Zahlungsmitteln

Zusätzlich zu den oben aufgeführten Leistungen übernimmt das Bundesversorgungswerk der Wirtschaft und Selbständigen e.V. die Kosten für durch ihn gedeckte Dienstleistungen. Darunter fallen:

- Organisation von Notfall-Evakuierungen sowie Verlegungen in geeignete Krankenhäuser im medizinisch notwendigen Fall
- Organisation und Durchführung von Repatriierungen bis zu 250.000,- EUR pro Schadenereignis
- Durchführung und Kostenübernahme im Todesfall bis zu 10.000,- EUR

Versicherungsschutz für befristete Langzeitreisen nach Tarif VB-KV 2010 (HGP)



Versicherungsbeginn 2 0	Versicherungsende 2 0	AD-Nr. 985/2870145	Antragsnummer	ANTRAG für die HanseMerkur Reiseversicherung AG
----------------------------	--------------------------	-----------------------	---------------	--

Die Versicherung ist für die gesamte Reisedauer abzuschließen.

Antrag- steller/-in (Nicht automatisch versichert, muss ggf. als versicherte Person unten aufgeführt werden.)	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma	Name/ Firma	Geburts- datum	
		Vorname		
		Straße	Haus-Nr.	
		Postleitzahl/ Wohnort		
		E-Mail		
Inkasso per Bankeinzug	<input type="checkbox"/> Mandat für SEPA-Basis- lastschriften für wieder- kehrende Zahlungen	Name, Vorname des/der Beitragszahlers, Straße/Hausnummer, PLZ Wohnort, wenn Antragsteller, bitte ankreuzen <input type="checkbox"/>		
	SEPA Mandaterteilung (Inhalt siehe Verbraucherinformation)	IBAN	Datum und Unterschrift des Beitragszahlers	
		BIC	Zahlung erfolgt per: <input type="checkbox"/> Abruf	
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich			
Folgende Personen sind versichert:	Person 1	Name	Vorname	
		Geburtsdatum	Versicherungsbeginn Datum Einreise	Versicherungsende Datum Ausreise
Bitte tragen Sie den Code ein		Reise- Krankenversicherung	Code	Heimatland
				Zielland
	Person 2	Name	Vorname	
		Geburtsdatum	Versicherungsbeginn Datum Einreise	Versicherungsende Datum Ausreise
		Reise- Krankenversicherung	Code	Heimatland
				Zielland

PRÄMIEN REISE-KRANKENVERSICHERUNG

Monatsprämien ohne USA/Canada	Pro Person EUR	Code
Versicherungsberechtigter bis zum 65. Geburtstag	139,-	50702
Familienangehörige bis zum 65. Geburtstag	190,-	50703
Monatsprämien inkl. USA/Canada	Pro Person EUR	Code
Versicherungsberechtigter bis zum 65. Geburtstag	389,-	50704
Familienangehörige bis zum 65. Geburtstag	589,-	50705



Vermittler 2870145
Expat Consult GmbH
Wichmannstrasse 4, Haus 11
22607 Hamburg

Ansprechpartner: Christian Krolak
Fon + 49 - 40 - 8972616 - 20
Fax + 49 - 40 - 8972616 - 16
E-Mail ckrolak@expat-consult.de

Rückseitige Einverständniserklärung wird mit der untenstehenden Unterschrift Vertragsbestandteil.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in
	X

MR 124 07.10



Ehses
Ehses

Dr. Gent
Dr. Gent

Vorstand: , Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehse,
Dr. Andreas Gent, Raik Mildner
Aufsichtsrat: Fritz Horst Melsheimer (Vors.)
Sitz: Hamburg • HRB: Hamburg 19768, USt-IdNr.: DE175218900
HanseMerkur Reiseversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, D-20354 Hamburg, Telefon: 040 4119-1000

Verbraucherinformation

Wichtige Informationen zum Versicherungsvertrag

Identität des Versicherers (Name, Anschrift):
HanseMerkur Reiseversicherung AG
(Rechtsform: Aktiengesellschaft)
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Telefon 040 4119 - 1000
Fax 040 4119 - 3030

Eintragung im Handelsregister:

Sitz: Hamburg • HRB: Hamburg 44127

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte der HanseMerkur Reiseversicherung AG:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg,
vertreten durch den Vorstand:
Eberhard Sautter (Vors.),
Eric Bussert, Holger Ehse, Dr. Andreas Gent, Raik Mildner

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

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, Reisegepäckversicherung oder Reise-Rücktrittsversicherung 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 versicherungssteuerfrei ist - die aktuelle gesetzliche Versicherungssteuer.

Zusätzliche Kosten, Steuern oder Gebühren:

Weitere Kosten, Steuern oder Gebühren, z. B. für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln, fallen mit Ausnahme des Notruf-Service Innerhalb von Deutschland: Telefon 040 5555-7877, aus dem Ausland: Telefon +49 40 5555-7877, nicht an.

Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung:

Die erste Prämie ist - unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts - bei Vertragsbeginn fällig. Folgeprämien sind zum vereinbarten Termin fällig. Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie. 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. Näheres ist dem Versicherungsantrag zu entnehmen.

SEPA Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger
HanseMerkur Versicherungen
Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
20354 Hamburg, Siegfried-Wedells-Platz 1
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ0000006149
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HanseMerkur Versicherungen GbR zugunsten der im Antrag genannten HanseMerkur Versicherungsgesellschaften Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von HanseMerkur Versicherungen GbR auf mein/unser Konto gezogen.
Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zahlungstermin:

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, erfolgt diese unverzüglich nach Mandatserteilung unter Nennung der Mandatsreferenz mittels des SEPA-Basislastschriftverfahrens. Die SEPA-Mandatsreferenz ist identisch mit der Versicherungsnummer. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen:

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind zeitlich unbefristet gültig.

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

Der Vertrag kommt mit Zahlung der geschuldeten Prämie zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vom Versicherungsnehmer bezeichneten Zeitpunkt, nicht jedoch vor Zahlung der geschuldeten Prämie.
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 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt mit der Abgabe der Vertragserklärung nachdem die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 g Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an

HanseMerkur Reiseversicherung AG,
20352 Hamburg;
Telefon 040 4119-1000;
Fax 040 4119-3030;
E-Mail: reiseinfo@hansemerkur.de.

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und die HanseMerkur erstattet die bereits entrichtete Prämie zurück. Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Eventuell bereits empfangene Leistungen sind zurück zu gewähren.

Hat der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, ist er auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers sowohl von diesem als auch von dem Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Informationen über die Laufzeit der Versicherung:

Der Vertrag ist je nach gewählter Dauer befristet.

Ende des Vertrages, Ende des Versicherungsschutzes, Kündigungsrecht, Geschäftsgebühr:

Der Vertrag endet zum vereinbarten Zeitpunkt. Der Versicherungsschutz endet in der Reise-Rücktrittsversicherung mit dem jeweiligen Reiseantritt und in den übrigen Versicherungen mit der vereinbarten Dauer, spätestens jedoch mit Beendigung der versicherten Reise bzw. in der Reise-Krankenversicherung mit dem Grenzübertritt ins Heimatland.

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. 1 VVG in Höhe von 15,00 EUR 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.

Vertragsprache:

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

Für die übrigen Versicherungen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
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

Ihre HanseMerkur Reiseversicherung AG
November 2013



NOTRUF-SERVICE AUF REISEN

Innerhalb von Deutschland unter Tel. 040 5555-7877
Aus dem Ausland unter Tel. +49 40 5555-7877

Im Schadenfall wichtig für uns:

- Name des Anrufers und Auslandsanschrift, Telefonnummer
- Welchen Versicherungsschutz haben Sie abgeschlossen?
- Ansprechpartner vor Ort (Name des Arztes, Polizei, Adresse, Telefonnummer)
- Sachverhalt
- Versicherungsscheinnummer

Hinweis zur Datenverarbeitung

Wir informieren Sie, dass bei Vertragsabschluss und im Schadenfall die Daten gespeichert und ggf. an die in Frage kommenden Verbände der Versicherungswirtschaft und die betreffenden Rückversicherer sowie bedarfsbezogen an beauftragte Assisteure übermittelt werden, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der vertraglichen Beziehungen erforderlich ist. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zur Datenübermittlung bleiben unberührt. Die Anschrift der jeweiligen Datenempfänger wird auf Wunsch mitgeteilt.

Versicherungsbedingungen für befristete Krankenversicherungen für Langzeitreisen (VB Teil I)

KURZBEZEICHNUNG: VB-KV 2010 (HGP)

A – Allgemeiner Teil

§ 1 – Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Versicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsrechtigte gestellt werden. Versicherungsrechtigte sind natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen (VB Teil II).
- Versicherbar sind natürliche Personen.
- Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind
 - dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
- Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt dauerhaft in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz.
- Nicht versicherbar sind natürliche Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland, bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Versicherungsvertrag die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten hat.

§ 2 – Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

- Der Versicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
- Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

§ 3 – Prämie, Leistungsanpassung, Versicherungsjahr

- Der Versicherungsnehmer hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung der Prämie aus dem Versicherungsvertrag abzumelden.
- Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung der Prämie oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des tariflich vereinbarten Versicherungsjahres mitteilt.
- Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für befristete Krankenversicherungen für Langzeitreisen (VB Teil II).
- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine Anpassung der Prämie oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des tariflich vereinbarten Versicherungsjahres den Versicherungsrechtigten und der versicherten Personen schriftlich mitzuteilen.

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

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen eines befristeten Aufenthaltes im tariflich vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Versicherungsvertrag mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
 - nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im tariflich vereinbarten Geltungsbereich;
 - nicht vor Eintritt der tariflichen Versicherbarkeit der versicherten Person;
 - nicht vor Zahlung der Prämie;
 - nicht vor Ablauf tariflich vereinbarter Wartezeiten.
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
- Für Versicherungsfälle, die während der tariflich vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird im jeweiligen Tarif festgelegt.
- Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
 - mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer des gewählten Tarifs;
 - mit der Abmeldung aus dem Versicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der im Tarif festgelegten Fristen und Voraussetzungen;
 - mit dem Tod der versicherten Person;

- mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, A, § 1;
- zum Ende des Monats, der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im tariflich vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
- sobald die tariflichen Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
- mit der Beendigung des Versicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

§ 5 – Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherer leistet je nach versichertem Tarif Entschädigung für akut und unerwartet während des Aufenthaltes im tariflich vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.
- Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, den gewählten Tarifen, den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

§ 6 – Allgemeine Einschränkung der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kernenergie sowie für solche Ereignisse, die auf vorsätzliches Handeln der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsrechtigten oder der versicherten Person zurückzuführen sind.
- Keine Leistungspflicht besteht für:
 - die bei Vertragsabschluss bzw. bei Aufnahme in den Versicherungsvertrag bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbare Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind;
 - Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
 - Behandlungen während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall behandlungsbedürftig arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.
 - eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, Psychoanalyse und Psychotherapie;
 - Immunisierungsmaßnahmen;
 - Hilfsmittel;
 - Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - Vorsorgeuntersuchungen;
 - Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder, in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen oder Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
 - Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch berufsmäßige Teilnahme an sportlichen, von Verbänden und Vereinen veranstalteten Wettkämpfen und deren Vorbereitung verursacht werden oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung von World Health Organization empfohlener oder gesetzlich vorgeschriebener Schutzimpfungen auftreten, es sei denn, dass medizinische Gründe der Schutzimpfung entgegenstehen. In diesem Falle sind die medizinischen Gründe dem Versicherer durch ein ärztliches Attest zu belegen.
 - Behandlungen eines Abhängigkeitsyndroms und deren Folgen;
 - Selbstmordversuche und deren Folgen;
 - Organspenden und deren Folgen;
 - Zahnersatz (wie z. B. Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen.

Hinweis: Bitte beachten Sie die zusätzlichen Bestimmungen zu den Ausschlüssen in VB Teil I, B.

- Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 – Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- Versicherungsnehmerin, Versicherungsrechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 1.000,- EUR überschreiten, dem Versicherer oder dessen Beauftragten unverzüglich anzuzeigen;
 - dem Versicherer oder dessen Beauftragten jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, dies hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
- Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- Beginn und Ende sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im tariflich vorgesehenen Geltungsbereich sowie das Vorliegen der tariflichen Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
- Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechtigte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsrechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechtigte oder die versicherte Person.
- Versicherungsrechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.

§ 8 – Auszahlung der Versicherungsleistungen

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
 - Bezahlte Originalbelege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler 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.
 - Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
 - Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.
 - Zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
- Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
- Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.
- Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsrechtigte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt und der Versicherer hierdurch 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 dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.

6. 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 Anspruches durch den Versicherer infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.
7. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

§ 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 über diesen Versicherungsvertrag zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
3. Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person verpflichtet, die Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

§ 10 - Aufrechnung

Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger, etc.). Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen.

§ 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragsprache

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

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtiget.

§ 14 - Aufsichtsbehörde und Beschwerdestellen

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das Bundesanstell für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn. Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte direkt an den Versicherer. Die Versicherer sind Mitglieder im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Die Anschrift des Versicherungsombudsmann e.V. für die Auslandsreise-KV lautet:

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22,
10052 Berlin
Tel.: 0180 / 255 04 44
Fax: 030 / 20 45 27 85
E-Mail: ombudsmann@pkv.de
www.pkv-ombudsmann.de

Beschwerden können aber auch an die für den Versicherer zuständige oben genannte Aufsichtsbehörde gerichtet werden.

B: Besonderer Teil

Die nachfolgenden Abschnitte sind nur gültig, wenn sie im gewählten Versicherungsschutz und Tarif enthalten sind.

Abschnitt I. Krankenversicherung für Langzeitreisen

§ 1 - Gegenstand der Versicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt in die 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.

2. Sofern der Tarif entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfälle auch:

- a) ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat, sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt;
- b) durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
- c) Entbindungen nach Ablauf der tariflich vereinbarten Wartezeit;
- d) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
- e) Tod.

3. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Tarif.

4. Im tariflich vereinbarten Geltungsbereich steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland niedergelassenen, gesetzlich anerkannten und approbierten Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern sowie Hebammen frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für ihren Berufsstand - sofern vorhanden - oder die ortsübliche Gebühr abrechnen.

5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in VB Teil I, B, I, § 1, Abs. 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.

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).

7. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, B, I, § 1, Abs. 6 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

9. Der Versicherer leistet im tariflich vereinbarten Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch einen versicherten Leistungsfall eintritt.

10. Der Versicherer leistet im tariflich vereinbarten Umfang die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Heimatland oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn nachgewiesen wird, dass im vereinbarten Geltungsbereich eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und der Rücktransport vom Arzt des Versicherers befürwortet wird. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

§ 2 - Einschränkungen des Versicherungsschutzes

1. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und Krankenanstalten oder Hebammen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherer den Versicherungsberechtigten und die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über den nicht mehr zu erstattenden Behandler informiert hat. Sofern vor der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für den betroffenen Behandler die tarifgemäße Leistungspflicht für maximal drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung ortsüblich nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

§ 3 - Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.
2. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
3. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, besteht eine solche oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind der Versicherungsrechte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
4. Schwangerschaften sind, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, innerhalb von 4 Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.
5. Medizinisch notwendige Rücktransporte sind von deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.
6. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus VB Teil I, A, § 7, Abs. 4.

Abschnitt II. Medizinische Assistenzleistungen

§ 1 - Gegenstand der Versicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, liegt ein Versicherungsfall vor, wenn der versicherten Person ein Ereignis zustößt, das im nachfolgenden Deckungsumfang beschrieben ist.

1. Betreuung- und Beratungsleistung

Bei Krankheit oder Unfall informiert der Versicherer auf Anfrage über seinen 24-Stunden-NotrufService über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung der versicherten Person. Die versicherte Person erhält weltweite medizinische Informationen in deutscher und englischer Sprache und medizinische Beratungen in Routine- und Notfällen sowie bei Krisen, die die Sicherheit im Aufenthaltsland gefährden. Der Versicherer hilft bei der Vereinbarung von Behandlungsterminen mit Krankenhäusern und Ärzten bei ambulanter Behandlung und organisiert die Aufnahme in ein Krankenhaus im Krankheitsfall. Soweit möglich wird ein Deutsch oder Englisch sprechender Arzt benannt. Im Bedarfsfall organisiert der Versicherer einen Dolmetscher oder Übersetzungsdienst. Angehörige der versicherten Person werden im medizinischen Notfall durch Versorgung mit länderspezifischen Daten und Informationen rundum die Gesundheitsversorgung betreut und unterstützt.

2. Arzneimittelversand

Benötigt die versicherte Person ärztlich verordnete Arzneimittel, die ihr auf der Reise abhandengekommen sind, übernimmt der Versicherer in Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person die Beschaffung der Ersatzpräparate und ihre Übersendung an die versicherte Person. Die Kosten der Ersatzpräparate hat die versicherte Person binnen eines Monats nach Beendigung der Reise an den Versicherer zurückzuerstatten.

3. Krankentransport

Der Versicherer organisiert Notfall-Evakuierungen sowie Verlegungen in geeignete Krankenhäuser im medizinisch notwendigen Fall.

4. Überführung

Der Versicherer erstattet die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehen bis zu einem Betrag von 10.000,- EUR.

5. Verlust von Zahlungsmitteln und Dokumenten

Gerät die versicherte Person durch den Verlust ihrer Reisezahlungsmittel aufgrund von Diebstahl, Raub oder sonstigem Abhandenkommen in eine finanzielle Notlage, stellt der Versicherer über seinen NotrufService den Kontakt zur Hausbank her. Sofern erforderlich, hilft er bei der Übermittlung eines von der Hausbank zur Verfügung gestellten Betrages an die versicherte Person. Ist eine Kontaktaufnahme zur Hausbank binnen 24 Stunden nicht möglich, stellt er der versicherten Person über seinen NotrufService ein Darlehen unter Vorlage einer Kopie des Personalausweises oder des Reisepasses bis zu einem Betrag von 1.500,- EUR zur Verfügung. Dieses Darlehen ist binnen eines Monats nach dem Ende der Reise in einer Summe an den Versicherer zurückzuzahlen.

§ 2 - Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

1. Voraussetzung für die vollständigen Leistungen der Assistanceversicherung ist, dass sich die versicherte Person oder ein von ihr Beauftragter bei Eintritt des versicherten Schadenfalles telefonisch oder in sonstiger Weise an den weltweiten Notfall-Service wendet. Diese Kontaktaufnahme muss unverzüglich erfolgen. Die Telefonnummer befindet sich in den Vertragsunterlagen oder auf der Internetseite www.hansemerkur.de unter „Reise-NotrufService“.
2. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus VB Teil I, A, § 7, Abs. 4.