

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für ausländische Gäste nach Tarif Care Visa Protect VB-KV 2008 (CVisaP)

§ 1 - Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 75. Lebensjahr (75. Geburtstag), die eine Reise durchführen, sofern sie eine ausländische Staatsangehörigkeit haben und sich mit einem Visum nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder der Schweiz sowie Liechtenstein aufhalten;
- (2) Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a) im Reiseland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;
 - b) sich illegal im Reiseland aufhalten;
 - c) dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
 - b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Bauarbeiter oder Sportler ausüben;

§ 2 - Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, sowie der Schweiz oder Liechtenstein zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach der Einreise ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht möglich.
- (2) Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht und der Versicherer den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
- (3) Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 2 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
- (4) Der Versicherungsvertrag muss bei einer Versicherung für eine Einzelreise für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
- (5) Bei einer Versicherung für eine Einzelreise beträgt die Höchstversicherungsdauer 92 Tage. Eine Verlängerung ist innerhalb dieser Höchstversicherungsdauer im Rahmen einer vertraglich eigenständigen Einzelversicherung nur mit Zustimmung des Versicherers möglich.
- (6) Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes kann bei einer Einzelreise ein eigenständiger Verlängerungsvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
 - a) Der Antrag auf Verlängerung muss auf dem von der HanseMerkur hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur eingereicht werden.
 - b) Die HanseMerkur muss dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.

- Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden, Schwangerschaften sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
- (7) Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
- (8) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
- (9) Der Versicherungsvertrag endet
 - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b) mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, der Schweiz oder Liechtenstein;
 - d) wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, der Schweiz oder Liechtenstein entschieden hat oder
 - e) wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt.

§ 3 - Prämie

- (1) Die Mindestprämie beträgt unabhängig von der gewählten Versicherungsdauer oder -art 8,50 EUR je versicherte Person.
- (2) Die Prämie ist eine Einmalprämie, ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht und ist bei Abschluss des Vertrages zu zahlen.
- (3) Wird die Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist die HanseMerkur, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (4) Ist die Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Geltungsbereich
 - a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise mit einem Visum nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, sowie der Schweiz oder Liechtenstein aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen, wobei die Gesamtleistung auf 50.000,- EUR begrenzt ist.
 - b) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- (2) Beginn
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
 - a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
 - b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, sowie der Schweiz oder Liechtenstein;
 - c) nicht vor Zahlung der Prämie;
- (3) Für Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes sowie vor Beantragung einer Vertragsverlängerung bzw. vor Antritt der jeweiligen Reise eingetreten sind oder bei Vertragsbeginn bestehen, wird nicht geleistet.
- (4) Sofern Versicherungsschutz für einen Zeitraum von bis zu 92 Tagen innerhalb eines Versicherungsjahres gewählt wurde, besteht Versicherungsschutz für alle vorübergehenden

visapflichtigen Reisen in die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, der Schweiz oder Liechtenstein, die von der versicherten Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten ab Vertragsbeginn angetreten werden, bis zu einer Gesamtreisedauer von 92 Tagen. Beginn und Ende der einzelnen Reisen sind der HanseMerkur auf Verlangen nachzuweisen. Für Reisen, die bei Versicherungsbeginn bereits angetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz.

- (5) Ende
Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
 - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
 - c) spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes der versicherten Personen in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, sowie der Schweiz oder Liechtenstein;
 - d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens sowie in der Schweiz oder Liechtenstein nicht mehr vorliegen
 - e) wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, der Schweiz oder Liechtenstein entschieden hat oder
 - f) wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt.
 - g) mit Überschreiten der Gesamtreisedauer von 92 Tagen bei einem Versicherungsschutz für mehrere Reisen innerhalb eines Versicherungsjahres.
- (6) Nachhaftung
Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von einem Monat weiter.

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Allgemeines

- (1) Die HanseMerkur leistet Entschädigung für akut auf der Reise eintretende Versicherungsfälle. Die Leistungen sind begrenzt auf 50.000,- EUR während der gesamten Vertragszeit.
- (2) Versicherungsfälle ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. vor Beantragung einer Vertragsverlängerung sowie bei einer Versicherung für mehrere Reisen innerhalb eines Versicherungsjahres nicht vor Antritt der jeweiligen Reise bestanden hat;
 - b) der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (4) In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. In Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens sowie der Schweiz oder Liechtenstein steht der versicherte Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder die ortsübliche Gebühr berechnen.
- (5) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4 genannten behandelnden Personen verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nahrung- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.
- (6) Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenzen aufnehmen.

Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung). Die versicherte Person hat die Möglichkeit der Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenzen aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn die HanseMerkur die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

- (7) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (8) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Heilbehandlungskosten bis zu insgesamt 50.000,- EUR

Maximal werden die in diesem Abschnitt genannten Heilbehandlungskosten bis zu einem Betrag von maximal 50.000,- EUR während der gesamten Vertragslaufzeit erstattet.

- (1) Der Versicherer erstattet während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland die entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen
 - nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
 - nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,
 - nach den Abschnitten A,E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,
 - für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.
- (2) Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung sowie bei einer Versicherung für mehrere Reisen innerhalb eines Versicherungsjahres bei Antritt der jeweiligen Reise noch nicht bestanden hat;
 - b) während der einzelnen Reise durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburte sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beantragung einer Vertragsverlängerung sowie bei einer Versicherung für mehrere Reisen innerhalb eines Versicherungsjahres bei Antritt der jeweiligen Reise bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;

- c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen bis zu einem Höchstbetrag von 300,00 EUR während der gesamten Vertragsdauer;
 - f) ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - g) Röntgendiagnostik;
 - h) unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächstreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j) unaufschiebbare Operationen;
- (3) Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet des weiteren unter Berücksichtigung von Abschnitt II Ziffer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:
 - a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung,
 - b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen).Insgesamt erstattet der Versicherer für die genannten Zahnbehandlungskosten maximal 300,- EUR während der gesamten Vertragsdauer.

III. Rücktransport/Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet – außer bei einem Aufenthalt der versicherten Person in dem Land, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie einen Wohnsitz hat –

- (1) die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnort der versicherten Person bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
- (2) im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,- EUR;
- (3) die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, bis zu 10.000,- EUR.

§ 6 - Einschränkung der Leistungspflicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- (1) Keine Leistungspflicht besteht:
 - a) für die bei Beginn des Versicherungsschutzes bzw. bei Beginn der Vertragsverlängerung bestehenden und/oder bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind;
 - b) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - c) für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, Kernenergie oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (mit Ausnahme einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung);
 - e) für Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
 - f) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder durch Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - i) für eine durch Siedtuch, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - j) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - k) für Immunisierungsmaßnahmen;
 - l) für nicht unfallbedingte Hilfsmittel;
 - m) für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschl. Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehörige Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - n) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - o) für Zahnersatz (außer bei Reparatur), Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - p) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
 - q) für Organspenden und Folgen.

- (2) Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
- (3) Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (4) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - b) den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
 - c) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
 - d) im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zur HanseMerkur aufzunehmen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur berechnigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

Anschriften:

Care Concept AG	HanseMerkur
	Reiseversicherung AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20	Siegfried-Wedells-Platz 1
53229 Bonn	20352 Hamburg

§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Die Originalrechnungen sind bei der
Care Concept AG
Postfach 33 01 51
53203 Bonn
einzureichen.
- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers - erbracht sind:
 - a) Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungsschriftchen;
 - b) Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
 - c) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
 - d) auf Verlangen des Versicherers eine Kopie der gültigen Aufenthaltsgenehmigung (Visum);
 - e) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens, der Schweiz und Liechtenstein;
 - f) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
 - g) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Ausland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland.
- (3) Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
- (4) Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und die HanseMerkur hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der HanseMerkur schuldhaft nicht entbunden werden.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (6) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass die HanseMerkur Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (8) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der HanseMerkur angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung der HanseMerkur in Textform gehemmt.

§ 9 - Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

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

§ 10 - Aufrechnung

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

§ 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

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