

Versicherungsbedingungen für Gruppen-Auslandsrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV-G2018)



§ 1 – Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind in der Gruppenversicherung Personen gemäß Prämiensstaffel, sofern sie folgende Voraussetzungen erfüllen:
 - a. eine ausländische Staatsangehörigkeit und einen ständigen Wohnsitz im Ausland haben und sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union (EU), den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens aufhalten, oder
 - b. die deutsche Staatsangehörigkeit haben und seit mehr als 2 Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben und sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der EU, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens aufhalten, oder
 - c. eine die deutsche Staatsangehörigkeit und einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder eine die Staatsangehörigkeit eines der Länder der EU oder der Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens mit einem ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten, oder
 - d. eine andere Staatsangehörigkeit haben und sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten, sofern sie ihren ständigen Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland haben.
2. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a. bei Beginn der Mitgliedschaft in der Gruppenversicherung bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes in Form einer rechtlich eigenständigen Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) das 75. Lebensjahr vollendet haben (75. Geburtstag);
 - b. in der Bundesrepublik Deutschland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen bzw. deren Versicherungsaufnahme gegen geltendes Recht des Aufenthaltslandes verstößt;
 - c. Leistungssport betreiben oder im Rahmen ihrer Reise eine körperliche Tätigkeit in einem der in Anhang 1 aufgelisteten Berufe bzw. eine sportliche Tätigkeit gegen Entgelt ausüben;
 - d. illegal eingereist sind oder sich illegal im Aufenthaltsland aufhalten;
 - e. dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

§ 2 – Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages, Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag, Kindernachversicherung

1. Der Gruppenversicherungsvertrag kann durch den Versicherungsnehmer mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Bei unterjährigem Vertragsschluss ist der Gruppenversicherungsvertrag befristet bis zum Ablauf des ersten Kalenderjahres. Danach verlängert er sich jeweils um ein Jahr, soweit er nicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer wird nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis als eigenen Versicherungsvertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis des Fortsetzungsangebotes gegenüber dem Versicherer abzugeben.
2. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in die Gruppenversicherung ist vor deren Antritt der Auslandsreise zu stellen. Abweichungen hierzu bestimmen sich nach dem Gruppenversicherungsvertrag.
5. Die Aufnahme der versicherten Person in die Gruppenversicherung erfolgt zum beantragten Zeitpunkt, sofern
 - a. die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag auf der vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Vorlage (Dokumente, Meldeliste) bzw. in dem hierfür vorgesehenen geschützten Onlinebereich beantragt wird;
 - b. der Vordruck ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht und die Erst- oder Einmalprämie bezahlt ist. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck bzw. sind die Angaben im Onlinebereich nur, wenn er/sie eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag sowie über die zu versichernden Personen enthält/enthalten.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann für den weiteren, ursprünglich nicht versicherten Auslandsaufenthalt, die weitere Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag in Form einer rechtlich eigenständigen Anschlussmitgliedschaft (im Folgenden: Verlängerungsmitgliedschaft) unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:

- a. der Antrag auf Verlängerungsmitgliedschaft muss auf der vom Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, hierfür vorgesehenen und gültigen Vorlage bzw. in dem hierfür vorgesehenen geschützten Onlinebereich erfolgen;
 - b. der Antrag auf Verlängerungsmitgliedschaft muss vor Ablauf der ursprünglich vereinbarten Mitgliedsdauer bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingereicht werden;
 - c. die vorgesehene Höchstversicherungsdauer wird durch den Zeitraum der Verlängerungsmitgliedschaft nicht überschritten;
 - d. der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, muss dem Antrag bezüglich der Verlängerungsmitgliedschaft ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zur Verfügung.
7. Bei Verlängerung des Versicherungsschutzes in Form einer rechtlich eigenständigen Anschlussmitgliedschaft innerhalb der Höchstmitgliedsdauer besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden und deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerungsmitgliedschaft (Datum und Uhrzeit des Poststempels bzw. bei Eingang auf dem Server des Versicherers bzw. der Care Concept AG) neu eingetreten sind. Die §§ 5 Ziff. 2 und 8 Ziff. 1 a. und j. gelten entsprechend. Zusätzlich ist die besondere Wartezeit gemäß § 7 II Ziff. 3 zu beachten.
 8. Bei Wegfall der Befristung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Wohnsitznahme in der Bundesrepublik Deutschland hat jede versicherte Person das Recht auf Weiterversicherung im Tarif „Mini“ bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20352 Hamburg
 9. Kindernachversicherung:
Der Versicherungsschutz für Neugeborene beginnt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten mit dem Tag der Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung des Kindes bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nachweislich spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt ist.
 - a. Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass
 - aa. Versicherungsschutz im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages für wenigstens ein Elternteil am Tag der Geburt für mindestens 3 Monate ununterbrochen bestanden hat,
 - bb. der beantragte Versicherungsschutz nicht höher und umfassender ist als der des versicherten Elternteils,
 - cc. kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
 - b. Die Adoption steht der Geburt gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine erhöhte Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zu 100 % auf die Tarifprämie möglich.
 - c. Erfolgt die Anmeldung zum Versicherungsschutz später als 2 Monate nach der Geburt oder wird ein Versicherungsschutz beantragt, der höher oder umfassender ist, unterliegt die Versicherung des Kindes einer gesonderten Risikoprüfung durch den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz erst mit der Annahme des Versicherungsvertrages in Kraft. Es gelten die Bestimmungen dieses Paragraphen unter Ziff. 1 bis 8 entsprechend.
 - d. Die Verpflichtung des Versicherers zur Gewährung von Versicherungsschutz im Rahmen der Kindernachversicherung besteht nicht, soweit für das Neugeborene oder das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.
 10. Soweit im Gruppenversicherungsvertrag vereinbart, kann der Versicherungsnehmer das Gruppenversicherungsvertragsmitglied dieses Gruppenversicherungsvertrages und/oder Mitversicherte mit einer Frist von 3 Monaten in Textform (E-Mail, Fax, Post) von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag abmelden.
 11. Soweit im Gruppenversicherungsvertrag vereinbart,
 - wird die Abmeldung nur wirksam, wenn die von der Abmeldung betroffenen mitversicherten Personen von der Abmeldungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist,
 - ist das Versicherungsschutz genießende Hauptversicherungsmitglied berechtigt, für den Versicherungsnehmer die Abmeldung zur Mitgliedschaft in den Gruppenversicherungsvertrag abzugeben.
 12. Soweit durch gesonderte Abrede für ein Vertragsmitglied eine zeitliche Begrenzung der Mitgliedschaft vereinbart wurde, endet die Teilnahme des einzelnen Vertragsmitgliedes mit Erreichen der zeitlichen Begrenzung, ohne dass es einer gesonderten Abmeldung bedarf.

Versicherungsbedingungen für Gruppen-Auslandskrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV-G2018)



13. Zudem endet die Teilnahme des einzelnen Vertragsmitglieds unter diesem Gruppenversicherungsvertrag automatisch mit Erreichen der zulässigen Höchstversicherungsdauer bzw. mit Erreichen des Höchstalters, welche in den Vertragsbestandteilen geregelt sind; der Versicherungsnehmer wird den Versicherer hierüber rechtzeitig in Kenntnis setzen.
14. In begründeten Einzelfällen kann der VN eine versicherte Person aus wichtigem Grund abmelden (z.B. Nichterteilung einer Aufenthaltsgenehmigung der versicherten Person oder höhere Gewalt, etc.).

§ 3 – Prämie/Beitrag

1. Die Prämie für diese Versicherung wird von dem Versicherungsnehmer an den Versicherer gezahlt.
Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Gruppenvertragsmitglied zu verpflichten, den sich ergebenden Beitrag zur Gruppenversicherung an den Versicherungsnehmer oder an einen vom Versicherungsnehmer benannten Empfänger (z. B. Inkassostelle) zu entrichten.
Das Nichtbezahlen der Prämie des Gruppenversicherungsbeitrages führt im gesetzlichen Rahmen zum Verlust des Versicherungsschutzes.
2. Einzelheiten zur Prämien-/Beitragszahlung
 - a. Die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie bzw. des Erst- oder Folgebeitrages kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Kreditkartenzahlung oder entsprechend den näheren Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages erfolgen.
 - b. Wird die Prämie bzw. der Mitgliedsbeitrag vom Versicherer per SEPA-Lastschriftverfahren von einem Bank- oder Kreditkartenkonto abgerufen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und weder der Versicherungsnehmer, noch – im Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht Inhaber des Kontos ist – der Versicherungsnehmer und/oder Kontoinhaber dem Zahlungsabruf widerspricht/widersprechen. Konnte die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer Zahlungsaufforderung des Versicherers in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) erfolgt.
3. Soweit im Gruppenversicherungsvertrag vereinbart, beauftragt der Versicherungsnehmer die Care Concept AG mit der Abwicklung des Zahlungsverkehrs gegenüber seinem dem Gruppenversicherungsvertrag beitretenden Versicherungsmitglied (Inkasso, Mahnwesen, etc). Im Rahmen der gleichzeitigen Vertragsabwicklung für den Versicherer und die Wahrnehmung der Abwicklung des Zahlungsverkehrs gegenüber Mitgliedern des Versicherungsnehmers befreien die Vertragsparteien die Care Concept AG von den Beschränkungen des § 181 BGB (Insichgeschäft).

§ 4 – Bestands- und Mindestprämie

1. Grundsätzlich besteht Bestandsschutz für die Prämien hinsichtlich der beigetretenen versicherten Personen.
2. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, ist der Versicherer zu einer entsprechenden Prämienhöhung berechtigt. Die Prämienhöhung betrifft ausschließlich die dem Gruppenversicherungsvertrag neu hinzutretenden Personen.
3. Die Prämien für neu hinzutretende versicherte Personen gelten jeweils für ein vollständiges Kalenderjahr. Bei Änderung der Prämie für neu hinzutretende versicherte Personen hat der Versicherer den Versicherungsnehmer bis zum 30.09. des laufenden Kalenderjahres zu informieren.
4. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich zur Zahlung einer vorschüssigen Mindestprämie in der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Höhe pro volles Kalenderjahr. Die Mindestprämie entfällt bei unterjährigem Vertragsabschluss für das Jahr der Vertragsunterzeichnung (sog. Rumpffjahr).

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

1. Geltungsbereich
 - a. Der Versicherer bietet im Rahmen dieses Vertrages Personen, die sich während einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gelten alle Staaten und Staatsgebiete, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person nicht besitzt und/oder in dem sie keinen ständigen Wohnsitz hat.

- 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 einen Wohnsitz hat und in das sie zurückzukehren gewillt ist und/oder die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- c. Abweichend von b. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz:
 - Bei Mitgliedszeiten von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal 6 Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Ein unterjähriger Beginn oder die unterjährige Beendigung des Versicherungsverhältnisses bleiben unberücksichtigt.
 - Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen dieser Deckungserweiterung ist, Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post etc.) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 2 d. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % der maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Meldeliste bzw. im Onlineformular bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch

- a. nicht vor Erhalt der Versicherungsbestätigung;
- b. nicht vor Überschreitung der Grenze ins Ausland;
- c. nicht vor Zahlung der Prämie/des Mitgliedsbeitrages;
- d. nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten;

je nachdem, welches Ereignis zuletzt eintritt.
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, beginnt der Versicherungsschutz auch nicht durch Zahlung der Prämie des Mitgliedsbeitrages. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie/der Mitgliedsbeitrag gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zur Verfügung.

3. Dauer bei Reisen

Die Höchstmitgliedsdauer in der Gruppenversicherung wird in dem Gruppenversicherungsvertrag geregelt.

4. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b. spätestens mit Beendigung der Auslandsreise;
- c. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen;
- d. wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen. Die Voraussetzungen entfallen auch dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Reiseland verlegt hat;
- e. zum Zeitpunkt der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
- f. zum Zeitpunkt der Beendigung der Gruppenvertragsmitgliedschaft.

5. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht

- a. bei Mitgliedsdauern von bis zu 6 Monaten, einschließlich aller Verlängerungen des ursprünglichen Versicherungsschutzes durch mindestens eine Verlängerungsmitgliedschaft, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von einem Monat weiter;
- b. bei Mitgliedsdauern von über 6 Monaten, einschließlich aller Verlängerungen des ursprünglichen Versicherungsschutzes durch mindestens eine Verlängerungsmitgliedschaft, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von 3 Monaten weiter.

§ 6 – Mindest- und Höchstversicherungsdauer, Mitgliedsdauer im Gruppenversicherungsvertrag

1. Die Mindestversicherungsdauer/Mindestdauer der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag bestimmt sich nach den jeweiligen Tarifbedingungen.

Versicherungsbedingungen für Gruppen-Auslandskrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV-G2018)



2. Die Höchstversicherungsdauer/Höchstdauer der Mitgliedschaft im Gruppenversicherungsvertrag bestimmt sich nach den jeweiligen Tarifbedingungen.

§ 7 – Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

I. Allgemeines

- Der Versicherer leistet Entschädigung für die nach Ablauf der Wartezeit entstehenden Behandlungskosten für akut auf der Reise im Ausland eintretende Versicherungsfälle. Die Regelungen der Wartezeit sind in § 7 II aufgeführt.
- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen und Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG noch nicht bestanden hat;
 - die Entbindung, einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen;
 - der Tod.
- Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenvertrag, der Mitgliedsbescheinigung, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- Im Aufenthaltsland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten frei. Im vertraglichen Umfang werden die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des behandelnden Arztes/Zahnarztes erstattet, soweit dieser sie nach der im Aufenthaltsland jeweils gültigen amtlichen/gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung stellen kann. Falls im Aufenthaltsland zum Zeitpunkt der Behandlung keine amtliche/gesetzliche Gebührenordnung gilt, werden die Heilbehandlungskosten nach den zum Zeitpunkt der Behandlung im Aufenthaltsland ortsüblichen Gebühren erstattet.
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziff. 4 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung). Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist oder wenn der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend 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.
- 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. Wartezeiten

- Die allgemeine Wartezeit beträgt 31 Tage. Sie beginnt mit dem in der Meldeliste bzw. im Onlineformular bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch
 - nicht vor Erhalt der Versicherungs-/Mitgliedsbestätigung;
 - nicht vor Überschreitung der Grenze ins Ausland.Sie entfällt,
 - wenn die versicherte Person eine Einreise im versicherten Aufenthaltsland innerhalb von 31 Tagen vor Anmeldung nachweist bzw. die Anmeldung vor Antritt der Auslandsreise erfolgte. Maßgebend ist der Eingang der Meldeliste bei dem Versicherer bzw. der Care Concept AG.
 - bei Unfällen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten.
- Eine seit Ausreise ins Ausland bzw. seit Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, die Länder der EU oder die Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende Vorversicherung kann auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden. Die Leistungseinschränkungen gemäß § 8 gelten uneingeschränkt weiter.
- Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen 8 Monate. Sie rechnet bei erstmaliger Beantragung des Versicherungsschutzes vom Zeitpunkt der Antragstellung und bei Beantragung einer Verlängerung des Versicherungsschutzes vom Zeitpunkt des Antrages auf Verlängerungsmitgliedschaft an. Soweit Erstmitgliedschaft und Anschlussmitgliedschaft bzw. mehrere Verlängerungsmitgliedschaften zeitlich unmittelbar aufeinanderfolgen, erfolgt eine Anrechnung der aus den jeweiligen vorangegangenen Mitgliedschaften resultierenden Wartezeiten.

Die besondere Wartezeit für Zahnersatz beträgt 8 Monate. Sie rechnet bei erstmaliger Beantragung des Versicherungsschutzes vom Zeitpunkt der Antragstellung und bei Beantragung einer Verlängerung des Versicherungsschutzes vom Zeitpunkt des Antrages auf Verlängerungsmitgliedschaft an. Soweit Erstmitgliedschaft und Anschlussmitgliedschaft bzw. mehrere Verlängerungsmitgliedschaften zeitlich unmittelbar aufeinanderfolgen, erfolgt eine Anrechnung der aus den jeweiligen vorangegangenen Mitgliedschaften resultierenden Wartezeiten.

III. Heilbehandlungskosten

Soweit nichts anderes vereinbart, gilt:

- Der Versicherer erstattet – abzüglich einer gegebenenfalls vereinbarten Selbstbeteiligung je Versicherungsfall – die entstandenen Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. In Anlehnung an § 7 I Ziff. 2 wird die Selbstbeteiligung für jede medizinisch notwendige Heilbehandlung, jede Untersuchung und jede medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie für Entbindungen fällig. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Folgen, sofern die Schwangerschaft bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf eine Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG noch nicht bestanden hat. Die Regelung des § 7 II Ziff. 3 betreffend die Anrechnung von Wartezeiten bleibt unberührt.
 - ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf eine Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - Röntgendiagnostik;
 - unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - unaufschiebbare Operationen;
 - Entbindungen, einschließlich der notwendigen Unterbringungskosten nach einer Entbindung im Krankenhaus des oder der gesunden Neugeborenen

Versicherungsbedingungen für Gruppen-Auslandskrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV-G2018)



renen für einen Zeitraum von maximal 10 Kalendertagen, nach Ablauf der Wartezeit;

- I. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, als medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung.
2. Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet – abzüglich einer gegebenenfalls vereinbarten Selbstbeteiligung je Versicherungsfall gemäß Ziff. 1 – die während der Reise entstandenen Kosten für:
 - a. schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Versorgung des betroffenen Zahnes mit nicht dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial (inklusive Unterfüllung);
 - b. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).Insgesamt erstattet der Versicherer für die genannten Zahnbehandlungskosten bei Mitgliedsdauern
 - a. von bis zu 6 Monaten einschließlich aller Verlängerungen der Gesamtversicherungsdauer durch mindestens eine Verlängerungsmitgliedschaft einen Betrag von maximal 300,- EUR pro Versicherungsjahr und versicherter Person;
 - b. von über 6 Monaten einschließlich aller Verlängerungen der Gesamtversicherungsdauer durch mindestens eine Verlängerungsmitgliedschaft einen Betrag von maximal 600,- EUR pro Versicherungsjahr und versicherter Person. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Ein unterjähriger Beginn oder die unterjährige Beendigung des Versicherungsverhältnisses bleiben unberücksichtigt. Bei Verlängerungen über die Dauer von 6 Monaten hinaus können die höheren Leistungen nur für Versicherungsfälle gezahlt werden, die nach Eingang des Antrages auf Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG neu eingetreten sind.

IV. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt im Heimatland –

1. die Mehrkosten eines medizinisch sinnvollen Rücktransports in das Heimatland, höchstens bis zu 25.000,- EUR.
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 25.000,- EUR;
3. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 25.000,- EUR;

§ 8 – Einschränkung der Leistungspflicht

Soweit nichts anderes vereinbart, gilt:

1. Keine Leistungspflicht besteht:
 - a. für die bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf eine Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten 6 Monaten vor Versicherungsbeginn bzw. vor Eingang des Antrages auf eine Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG behandelt worden sind. Abweichend hiervon besteht Leistungspflicht für Behandlungen zur Beseitigung lebensbedrohlicher Zustände, die akut während der Auslandsreise aufgetreten sind. Als lebensbedrohlich gelten dabei gesundheitliche Zustände, die nach allgemeiner Lebenserfahrung (z. B. Herzinfarkt) oder aufgrund der Feststellung eines den Zustand nicht unmittelbar behandelnden dritten Arztes (z. B. Vertrauensarzt des zuständigen Versicherers) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang zum Ableben der erkrankten Person führen können;
 - b. für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kernenergie, Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - c. für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen (für eine Anschlussheilbehandlung gilt § 7 I Ziff. 6 Satz 3);
 - d. für Entziehungsmassnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - e. 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;
 - f. für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden bedingungsgemäß erstattet;

- g. für Behandlungen durch den Versicherungsnehmer oder Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden bedingungsgemäß erstattet;
 - h. für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - i. für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - j. für bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG bestehende Schwangerschaft und deren Folgen. Leistungspflicht besteht jedoch für während der Vertragszeit unvorhersehbare Komplikationen, sofern die Schwangere bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG die 36. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet hatte;
 - k. für Immunisierungsmaßnahmen;
 - l. für Hilfsmittel, die nicht aufgrund eines Unfalles innerhalb des versicherten Zeitraumes erstmals notwendig werden;
 - m. für Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen, dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen sowie wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - n. für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - o. für Vorsorgeuntersuchungen;
 - p. für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - q. für Selbstmord, Selbstmordversuch und deren Folgen;
 - r. Organspenden und Folgen.
2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
 - a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
 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 Versicherungsleistungen um die gesetzlichen Leistungen reduzieren.

§ 9 – 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 dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, unter Einreichung sämtlicher relevanter Unterlagen anzuzeigen;
 - c. dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe seiner Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, bei Todesfällen die Sterbeurkunde im Original sowie Belege (auf Anforderung im Original) einzureichen;
 - d. im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zum Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, aufzunehmen;
 - e. dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn der Versicherer den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
 - f. Weitere Obliegenheiten sind in Zusammenhang mit dem § 12 Abs. 2 geregelt. Die näheren Einzelheiten bitten wir dieser Bestimmung zu entnehmen.
 - g. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
2. Auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Versagung der Aufenthaltserlaubnis für das

Versicherungsbedingungen für Gruppen-Auslandskrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV-G2018)



Reiseland sowie die ständige Wohnsitznahme im Reiseland dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform anzuzeigen.

4. Folgen von Obliegenheitsverletzung
Verletzt der Versicherungsnehmer 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 des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 10 – Voraussetzungen zur Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Die Originalrechnungen sind bei der Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
einzureichen.
2. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
 - a. Originalbelege in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
 - b. Rezepte, Labor- und Röntgenrechnungen sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen;
 - c. eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
 - d. auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, einen Nachweis über Beginn und Ende einer Auslandsreise bzw. eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der EU oder den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens;
 - e. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziff. 1 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im Reiseland;
 - f. auf Verlangen des Versicherers, vertreten durch die Care Concept AG, einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes im Reiseland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für das Reiseland.
3. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.

§ 11 – Fälligkeit der Versicherungsleistung, Auszahlung

1. Sobald der Nachweis über die Zahlung der Versicherungsprämie/des Mitgliedsbeitrages und die vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person beizubringenden Informationen/Dokumente vorliegen und die Zahlungspflicht sowie die Höhe der Entschädigung festgestellt wurde, erfolgt eine Auszahlung spätestens innerhalb von 2 Wochen. Wurde die Zahlungspflicht festgestellt, lässt sich jedoch die Höhe der Entschädigung nicht innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadensanzeige bei dem Versicherer oder der Care Concept AG feststellen, kann ein angemessener Vorschuss auf die Entschädigung verlangt werden. Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen den Versicherungsnehmer oder eine der versicherten Personen eingeleitet worden, so kann die Regulierung des Schadens bis zum rechtskräftigen Abschluss dieses Verfahrens aufgeschoben werden.
2. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt und der Versicherer hierdurch die Höhe und den Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.

3. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der Care Concept AG eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
4. Von den Leistungen können die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
5. Versicherungsnehmer bzw. mitversicherte Person sind verpflichtet, sich im Falle einer im Aufenthaltsland dem Grunde nach bestehenden gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unverzüglich um Aufnahme in die entsprechende Pflichtversicherung zu bemühen und diese Bemühungen auf Verlangen nachzuweisen. Die Fälligkeit des Anspruches ist bis zum Eingang der geforderten Nachweise gehemmt.

§ 12 – 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 dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Der Versicherer wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherer hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. Steht dem Versicherungsnehmer/der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken und die Mitwirkung auf Verlangen nachzuweisen. Die Folgen der Verletzung dieser Obliegenheit bestimmen sich nach § 9 Ziff. 4.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandelnden aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser 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 dem Versicherer abzugeben.

§ 13 – Aufrechnung

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

§ 14 – Abtretung/Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 15 – Verjährung

1. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
2. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform gehemmt.

§ 16 – Willenserklärungen und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer und der Care Concept AG bedürfen der Textform.

Versicherungsbedingungen für Gruppen-Auslandskrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV-G2018)



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 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

§ 18 – Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Die Bestimmungen des UN-Kaufrechts (CISG) finden keine Anwendung.

Vertragssprache ist Deutsch.

Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die mitversicherten Personen.

§ 19 – Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

Anschriften:

Care Concept AG

Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Deutschland

Advigon Versicherung AG

Pflugstraße 20
9490 Vaduz
Liechtenstein

Anhang 1: Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten gemäß § 1 Ziff. 2 c. der Versicherungsbedingungen

Berufe	Bestimmung zu den Tätigkeiten	Begrenzung des Ausschlusses
Artisten	Alle Tätigkeiten	
Bauarbeiter	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen: Betonbauer Dachdecker Gerüstbauer Hochbaufacharbeiter Maurer Stahlbetonbauer Stuckateure Tiefbauer Zimmerer
Bergmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Berufssoldaten	Alle Tätigkeiten	
Berufstaucher	Alle Tätigkeiten	
Dompteure	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur soweit ursprüngliche Wildtiere (Raubkatzen, Elefanten, etc.) domptiert werden
Fallschirmspringer	Alle Tätigkeiten	
Feuerwehrmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Hochseefischer	Alle Tätigkeiten	
Metzger	Alle Tätigkeiten	
Offshore-Arbeiter	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur unmittelbar in der Ölförderung Tätige
Prostituierte/Pornodarsteller	Alle Tätigkeiten	
Pyrotechniker	Alle Tätigkeiten	
Sicherheitskräfte	Ausgewählte Tätigkeiten	Nur folgende Tätigkeiten sind ausgeschlossen: Personenschützer Wachpersonal
Sprengmeister	Alle Tätigkeiten	
Stuntmänner/-frauen	Alle Tätigkeiten	
Surflehrer	Alle Tätigkeiten	
Tauchlehrer	Alle Tätigkeiten	
Zerleger	Ausgewählte Tätigkeiten	Tätigkeit in der Fleischzerlegung

Nr. 1 Versicherungsbedingungen Auslandskrankenversicherung

Vertragsgrundlage sind die Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Auslandskrankenversicherung bei der Advigon Versicherung AG VB KV G2018 (CKV-G2018).

Nr. 2 Prämien

Die Prämien sind im Gruppenversicherungsvertrag vereinbart.

Nr. 3 Abweichende Vereinbarungen

Es werden folgende Ergänzungen bzw. Abweichungen der Versicherungsbedingungen Gruppen-Auslandskrankenversicherungen bei der Advigon Versicherung AG VB-KV 2018 (CKV-G2018) vereinbart:

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

§ 1 Ziff. 1 wird dahingehend ergänzt, dass nur solche Personen versicherungsfähig sind, die

„e. sich vorübergehend zum Zweck der Aus- und Weiterbildung im Ausland aufhalten. Der Hauptgrund des Aufenthaltes im Reiseland muss die Teilnahme an der Aus- und Weiterbildungsmaßnahme sein.“

§ 1 Ziff. 2 a. wird wie folgt abgeändert:

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die

„a. bei Beginn der Mitgliedschaft in der Gruppenversicherung bzw. bei Beantragung der Verlängerung des Versicherungsschutzes in Form einer rechtlich eigenständigen Anschlussmitgliedschaft (Verlängerungsmitgliedschaft) das 36. Lebensjahr (36. Geburtstag) vollendet haben;“

§ 1 wird wie folgt ergänzt:

„3. Die Versicherungsfähigkeit entfällt, wenn die Aus- und Weiterbildung nicht mehr der Hauptgrund für den vorübergehenden Aufenthalt im Reiseland während des versicherten Zeitraumes ist.“

§ 5 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

§ 5 Ziff. 1 wird wie folgt ergänzt:

„d. Abweichend von b. besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person sowie in Drittländern Versicherungsschutz:

- Bei Mitgliedszeiten von weniger als einem Jahr einschließlich aller Verlängerungen der Gesamtversicherungsdauer durch mindestens eine Verlängerungsmitgliedschaft besteht Versicherungsschutz für maximal 6 Wochen für alle Heimatland- und Drittlandaufenthalte.
- Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen dieser Deckungserweiterung ist, Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland oder Drittland während der Vertragslaufzeit vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt in Textform (z. B. durch Übersendung per E-Mail, Fax oder Post) anzumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Versicherers oder der Care Concept AG nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 10 Ziff. 2 d. Unterbleibt die Anmeldung vor Reiseantritt, wird im Versicherungsfall nur für 50 % der maximal erstattungsfähigen Kosten geleistet.“

§ 5 Ziff. 4 e. wird wie folgt abgeändert:

Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle

„e. zum Zeitpunkt der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages, jedoch nicht vor Ende der bis zum Beendigungszeitpunkt angemeldeten Reisen;“

§ 5 Ziff. 4 wird wie folgt ergänzt:

Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle,

„g. wenn der Hauptgrund des Aufenthaltes im Reiseland (Teilnahme an einer Aus- und Weiterbildungsmaßnahme) entfällt.“

§ 6 Mindest- und Höchstversicherungsdauer, Mitgliedsdauer im Gruppenversicherungsvertrag

§ 6 Ziff. 1 wird wie folgt ergänzt:

„Die Mindestmitgliedsdauer beträgt einen Tag.“

§ 6 Ziff. 2 wird wie folgt ergänzt:

„Die Höchstmitgliedsdauer beträgt 5 Jahre.“

§ 7 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

§ 7 III Heilbehandlungskosten Ziff. 1 wird wie folgt ergänzt:

„Eine Selbstbeteiligung entfällt. Die Regelung des § 8 Ziff. 1 a. dieser Tarifbedingungen (Selbstbeteiligung in Höhe von 5.000,- EUR bei Vorerkrankungen) bleibt unberührt.“

§ 7 III Heilbehandlungskosten Ziff. 1 f. wird wie folgt abgeändert:

„f. die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, werden bis maximal 250,- EUR je Versicherungsjahr erstattet. Kosten für Sehhilfen sind nicht erstattungsfähig.“

§ 7 III Heilbehandlungskosten Ziff. 2 Zahnbehandlungskosten wird wie folgt abgeändert:

„a. Der Versicherer erstattet die während der Reise im Ausland entstandenen Kosten für schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllung in einfacher Ausführung (d. h. mit nicht dentinadhäsivem plastischem Füllungsmaterial inklusive Unterfüllung) zu 100 %. Ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 250,- EUR ist vor der eigentlichen Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen.

Nach Prüfung des Heil- und Kostenplanes durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Versicherungsleistung. Wird ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 250,- EUR vor der eigentlichen Behandlung kein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten zu 50 %.

b. Der Versicherer erstattet die während der Reise entstandenen Kosten für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) zu 100 %. Insgesamt erstattet der Versicherer einen Betrag von maximal 250,- EUR für die gesamte Dauer der Mitgliedschaft einschließlich aller Verlängerungen der Gesamtversicherungsdauer durch mindestens eine Verlängerungsmitgliedschaft. Die Regelung des § 7 II Wartezeiten Ziff. 3 der Versicherungsbedingungen über die besondere Wartezeit für Zahnersatz bleibt unberührt.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 8 Ziff. 1 a. wird wie folgt abgeändert:

„Von den erstattungsfähigen Kosten der Heilbehandlung

- für die bei Eingang des Antrages auf Versicherungsschutz bzw. bei Eingang des Antrages auf eine Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen oder solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der Mitgliedschaft in der Gruppenversicherung bzw. vor Eingang des Antrages auf eine Verlängerungsmitgliedschaft bei dem Versicherer oder der Care Concept AG behandelt worden sind, trägt der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person eine Selbstbeteiligung in Höhe von 5.000,- EUR je versicherte Person und angefangenem Versicherungsjahr. Bei einer kürzeren Mitgliedsdauer verringert sich diese Selbstbeteiligung nicht. Die Leistungen des Versicherers hierfür sind je versicherte Person begrenzt auf maximal 30.000,- EUR innerhalb der gesamten Mitgliedschaft. Die §§ 2 Ziff. 7, 5 Ziff. 3, 7 III Heilbehandlungskosten Ziff. 3 und 8 Ziff. 1 j. der Versicherungsbedingungen bleiben von dieser Regelung unberührt.“

§ 8 Ziff. 1 a. bis r. werden dahin gehend ergänzt, dass keine Leistungspflicht besteht

- „s. für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- t. für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten.“

§ 9 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

§ 9 Ziff. 3 wird wie folgt ergänzt/geändert:

- „c. Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person verpflichten sich, auf Anforderung des Versicherers geeignete Nachweise über die Teilnahme an entsprechenden Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen vorzulegen.

Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, den Wegfall des Hauptgrundes für den Aufenthalt im Reiseland (Teilnahme an einer Aus- und Weiterbildungsmaßnahme) dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, umgehend in Textform anzuzeigen.“

Care Concept AG

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Advigon Versicherung AG

Produkt: Auslandskrankenversicherung (Gruppenvertrag)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Diese Informationen sind nicht abschließend. Der vollständige Versicherungsinhalt ergibt sich aus Ihren Versicherungsunterlagen nebst Anlagen, insbesondere dem Versicherungsantrag, dem gewählten Tarif, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen sowie ggf. späteren schriftlichen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie sich bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Auslandskrankenversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ ambulante Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- ✓ stationäre Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen
- ✓ Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen sowie Entbindung nach Ablauf der Wartezeit
- ✓ schmerzstillende Zahnbehandlungen
- ✓ Überführungs- und Bestattungskosten

Der Umfang und die im Einzelnen zutreffenden Leistungen Ihres Vertrages werden durch die Versicherungsbedingungen VB-KV 2018 (CKV-G2018), den Tarifbedingungen sowie dem Gruppenversicherungsvertrag nebst Anlagen/Anhängen bestimmt. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind
- ✗ Eine Behandlung im Ausland, wenn die Behandlung zumindest auch Grund für den Antritt der Reise war
- ✗ Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren
- ✗ Organspenden und deren Folgen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welcher Tarif dem Gruppenversicherungsvertrag zugrunde liegt, dem die versicherte Person angehört. In Betracht kommen insbesondere Deckungsbeschränkungen

- ! in zeitlicher Hinsicht (z.B. Höchstdauer beim Heimatlandaufenthalt, zeitliche Begrenzung bei der Nachhaftung)
- ! in Bezug auf persönliches Verhalten (z.B. bei Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplans)
- ! in finanzieller Hinsicht (z.B. Selbstbehalte, Höchstversicherungssummen)

Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Wo bin ich versichert?

Die Versicherung zugunsten der jeweils versicherten Person gilt im Ausland. Je nach gewähltem Tarif besteht

- ✓ weltweiter Versicherungsschutz (Die Auslandskrankenversicherung hat einen weltweiten Geltungsbereich)
- ✓ weltweiter Versicherungsschutz ohne NAFTA (Die Auslandskrankenversicherung hat einen weltweiten Geltungsbereich. Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind jedoch der Aufenthalt in einem Staat der Nordamerikanischen Freihandelszone NAFTA (USA, Kanada, Mexiko))
- ✓ europaweiter Schutz (Der Geltungsbereich der EU erstreckt sich auf die Länder der Europäischen Union und die der Schengenstaaten)

Der konkrete Geltungsbereich Ihres Versicherungsschutzes wird durch das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt, insbesondere durch den von Ihnen gewählten Tarif bestimmt. Bitte beachten Sie, dass je nach der von Ihnen gewählten Tarifvariante auch ein temporärer Schutz im Heimatland mitversichert sein kann. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- rechtzeitige Beitragszahlung
- Beachtung der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Anzeigepflichten, so zum Beispiel das unverzügliche Anzeigen eines Schadens
- Übersenden einer vollständigen und vollständig ausgefüllten Schadenanzeige
- Der Schaden ist möglichst gering zu halten (es ist alles zu unterlassen, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen kann)
- Wahrung der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag für Ihre Versicherung ist eine Einmalprämie, die im Voraus für jede in der Anmeldung genannte Person für die gesamte Aufenthaltsdauer zu zahlen ist. Die Prämie wird jeweils mit Eingang der Meldung bei der Care Concept AG fällig, sofern keine abweichenden individuellen Vereinbarungen getroffen worden sind. Die Zahlung der Prämie kann wahlweise über die im Gruppenversicherungsvertrag genannten Zahlungsarten erfolgen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein benannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung der Prämie und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet zum vereinbarten Ablauftermin bzw. mit Beendigung des Versicherungsvertrages.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Gruppenversicherungsvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der VN dieses entsprechend nachweist. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

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

5 1 - Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

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

5 2 - Abschluss, Dauer und Beendigung des Vertrages

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

5 3 - Prämie

- Die Prämie ist eine Einmalprämie und ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht.
- a) Sie ist bei Vertragsbeginn fällig.
 - b) Wird die Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist die HanseMercur, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
 - c) Ist die Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMercur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

5 4 - Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

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

5 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

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

5 6 - Allgemeine Einschränkungen des Versicherungsschutzes

- (1) Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Streik, Krieg, kriegsähnlicher Ereignisse, aktive Teilnahme an inneren Unruhen und Kernenergie.
- (2) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
 - a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

5 7 - Allgemeine Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
 - b) den Schaden dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen;
 - c) dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen und Originalbelege einzureichen.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMercur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMercur berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer grob fahrlässigen Verletzung trägt der Versicherungsnehmer. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

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

5 8 - Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Die Schadenmeldungen sowie Originalrechnungen sind an die
Care Concept AG | Postfach 30 02 62 | 53182 Bonn
einzureichen.
- (2) Die HanseMercur ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise erbracht sind:
 - a) auf Verlangen der HanseMercur einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein bzw. im Ausland;
 - b) auf Verlangen der HanseMercur einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
 - c) auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziffer 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich, den Ländern der Europäischen Union, den Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens oder Liechtenstein bzw. im Ausland;
- (3) Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruchs durch die HanseMercur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der Care Concept AG eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sein denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (5) Von den Leistungen können die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass die HanseMercur Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (6) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der HanseMercur angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung der HanseMercur in Textform gehemmt.

5 9 - Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

- (1) Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem Vertrag vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMercur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
- (2) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuzuwirken. 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 grob fahrlässigen Verletzung trägt der Versicherungsnehmer.

5 10 - Aufrechnung

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

5 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

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

5 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache, Geltung für versicherte Personen

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die mitversicherten Personen. Die Ausübung der Rechte und Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind ausschließlich dem Versicherungsnehmer vorbehalten.

5 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

Anschriften:

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



B: Besondere Bedingungen zu den versicherten Sparten
I. REISE-UNFALLVERSICHERUNG

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer erbringt - soweit im Tarif vereinbart - Leistungen bei Unfällen auf der Reise, die zum Tod oder einer dauerhaften Invalidität der versicherten Person führen sowie für Bergungskosten oder für Kosten einer kosmetischen Operation, entsprechend den nachfolgenden Bestimmungen.
- (2) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (3) Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen und Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- (4) In Erweiterung von Absatz 2 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
- (5) Als Unfälle im Sinne von Absatz 2 gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser beim Tauchen.

§ 2 - Leistungen

1. Invaliditätsleistung

- (1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein. Der Versicherer verpflichtet sich nach Anzeige des Versicherungsfalles auf diese Fristen in Textform hinzuweisen.
- (2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
 - a) Als feste Invaliditätsgrade gelten (unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität) bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes im Schultergelenk	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand im Handgelenk	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes im Fußgelenk	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %
 - b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
 - c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
 - d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach § 2, 1. Ziffer 2 ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen.
- (3) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach § 2, 1. Ziffer 2 zu bemessen.
- (4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- (5) Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder (gleichgültig, aus welcher Ursache) später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 2, 1. Ziffer 2 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- (6) Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 26 Prozent für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %).
Führt ein Unfall, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen von § 2, 1. Ziffer 2 und 3, zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Funktion von mehr als 25 Prozent, gilt folgendes:
 - a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
 - b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.
 - c) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000,- EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der HanseMerkur weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge vereinbart.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungs-summe %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungs-summe %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungs-summe %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungs-summe %
1	1	26	28	51	105	76	230
2	2	27	31	52	110	77	235
3	3	28	34	53	115	78	240
4	4	29	37	54	120	79	245
5	5	30	40	55	125	80	250
6	6	31	43	56	130	81	255
7	7	32	46	57	135	82	260
8	8	33	49	58	140	83	265
9	9	34	52	59	145	84	270
10	10	35	55	60	150	85	275
11	11	36	58	61	155	86	280
12	12	37	61	62	160	87	285
13	13	38	64	63	165	88	290
14	14	39	67	64	170	89	295
15	15	40	70	65	175	90	300
16	16	41	73	66	180	91	305

Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungs-summe %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungs-summe %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungs-summe %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungs-summe %
17	17	42	76	67	185	92	310
18	18	43	79	68	190	93	315
19	19	44	82	69	195	94	320
20	20	45	85	70	200	95	325
21	21	46	88	71	205	96	330
22	22	47	91	72	210	97	335
23	23	48	94	73	215	98	340
24	24	49	97	74	220	99	345
25	25	50	100	75	225	100	350

2. Todesfallleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode der versicherten Person, so entsteht für die Erben ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 5, Absatz 5 verwiesen.

3. Bergungskosten

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

4. Kosmetische Operationen

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

§ 3 - Fälligkeit der Leistungen

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

§ 4 - Einschränkung des Versicherungsschutzes

1. Nicht versicherbare Personen

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

2. Nicht versicherte Unfälle und Gesundheitsschädigungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- (1) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder die durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht werden;
- (2) Unfälle durch Geistes- oder Bewußtseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen;
- (3) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
- (4) Unfälle der versicherten Person, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges eintreten. Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast einer Fluggesellschaft;
- (5) Unfälle der versicherten Person beim Fallschirmspringen;
- (6) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- (7) Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung der Berufs- oder einer sportlichen Tätigkeit gegen Entgelt bzw. beim Training sowie bei Wettkämpfen von Leistungssportlern zustoßen. Kaufmännische Tätigkeit, Büro-, Lehr- und Verwaltungstätigkeit sowie die berufliche Tätigkeit von Reiseleitern sind jedoch mitversichert;
- (8) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Heilmassnahmen oder Eingriffe, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;
- (9) Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind;

- (10) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirmlutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1, Absatz 3 die überwiegende Ursache ist;
(11) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

3. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

5.5 - Besondere Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles (Ergänzung zu den im § 7 des Allgemeinen Teils aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten)

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

II. REISE-HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

§ 1 - Beschreibung des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet der versicherten Person Versicherungsschutz auf der Reise für den Fall, dass sie wegen eines eingetretenen Schadenereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

- (2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere:

- als Familien- und Haushaltsvorstand (z. B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige);
- als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb);
- aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in § 3, Absatz 3 genannten Sportarten);
- als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert);
- durch den Besitz und Gebrauch von Flugmodellen, unbemannten Ballonen und Drachen, die weder mit Motoren noch durch Treibsätze angetrieben werden, deren Fluggewicht 5 kg nicht übersteigt und für die keine Versicherungspflicht besteht;
- durch den Besitz und Gebrauch von eigenen oder fremden Ruder- und Tretbooten sowie fremden Segelbooten, die weder mit Motoren (auch Außenbordmotoren) sowie Treibsätzen angetrieben werden und für die keine Versicherungspflicht besteht;
- aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen von eigenen oder fremden Surfbrettern zu Sportzwecken;

Ausgeschlossen ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung an Dritte.
(3) Sofern die versicherte Person aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-Pair ausübt, schließt die Reisehaftpflichtversicherung auch deren Berufspflicht ein. Als versichert gelten dabei nur Haftpflichtansprüche aufgrund von Tätigkeiten, die die versicherte Person aufgrund ihres Ausbildungsstandes ausüben darf. Dieser Versicherungsschutz tritt aber nur dann ein, wenn gegen die versicherte Person selbst Ansprüche erhoben werden und für die versicherte Person kein anderweitiger Versicherungsschutz bzw. kein ausreichender Versicherungsschutz besteht, z. B. im Rahmen einer Privathaftpflichtversicherung der Gastfamilie. Ausgeschlossen sind jedoch Haftpflichtansprüche im Haushalt der Gastfamilie wegen Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bilder, Mobiliar, Haushaltsgegenstände, technische Haushaltsgeräte, Geschirr etc.;

- (4) Soweit dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, sind Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person als Benutzer der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden (z. B. Hotel- und Pensionen, Ferienwohnungen, Bungalows) sowie der Wohnung/Haus der Gastfamilie mitversichert.

Ausgeschlossen sind jedoch Haftpflichtansprüche wegen:

- Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, Geschirr etc.,
- Schäden durch Abnutzung Verschleiß und übermäßige Beanspruchung,
- Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen, sowie an Elektro- und Gasgeräten,
- der unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadenereignissen fallenden Rückgriffsansprüche.

- Die Deckungssumme je Schadenereignis ergibt sich aus dem Tarif.
(5) Sofern dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, gilt die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandkommen von fremden Schlüsseln (auch General-Hauptschlüssel für eine zentrale Schließanlage und Code-Karten), die sich rechtmäßig im Gewahrsam des Versicherten befinden haben, als mitversichert.

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

Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche aus Folgeschäden eines Schlüsselveverlustes (z. B. wegen Einbruchs). Ausgeschlossen bleibt die Haftung aus dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen.

Die Höchstersatzleistung des Versicherers je Schadenereignis ergibt sich aus dem Tarif. Für alle Schäden eines Versicherungsjahres – oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes – ist die Versicherungssumme für das Abhandkommen von Schlüsseln innerhalb der Deckungssummen auf insgesamt 1.000,- € begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

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

§ 2 - Leistungen

- (1) Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entscheidung, welche die versicherte Person auf Grund eines von dem Versicherer abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von dem Versicherer geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat.

Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.

Hat die versicherte Person für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihr die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist der Umfang an ihrer Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.

- (2) Für den Umfang der Leistung des Versicherers bilden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als ein Schadenereignis. Die Gesamtleistung der HanseMercur Reiseversicherung AG für alle Schadenereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres – oder eines vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes – ist auf das Doppelte der nach dem gültigen Tarif gewählten Deckungssummen für Personen- und Sachschäden begrenzt.

- (3) Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der versicherten Person und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt der Versicherer den Rechtsstreit im Namen der versicherten Person. Die hierfür anfallenden Kosten übernimmt der Versicherer.

- (4) Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber § 2, Absatz 5).

- (5) Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt.

Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und seines der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien.

- (6) Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus demselben Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente erstattet. Der Kapitalwert der Rente wird zu diesem Zweck auf Grund der Sterbetafel der Deutschen Aktuar-Vereinigung von 1995 für Renten (DAV 1995 R), und eines Zinsfußes von jährlich 4 % ermittelt.

- (7) Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, so hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

§ 3 - Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf:

- (1) Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen.
(2) Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
(3) Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport wie Judo, Kungfu und dgl. sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu.
(4) Haftpflichtansprüche wegen Schäden
a) an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat, oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
b) die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z. B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind.

Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer wie für die durch den Versicherungsvertrag mitversicherten Personen.

Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungslieferung tretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung, auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrtragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).

- (5) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrage oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen, bestehen ebenfalls von der Versicherung ausgeschlossen.

- (6) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.
(7) Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.

- (8) Haftpflichtansprüche
a) aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind),
b) zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages,
c) von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen,
d) von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften,
e) von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine,
f) von Liquidatoren.
Die Ausschlüsse unter b) – f) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.

- (9) Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigt. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdender.

- (10) Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen sowie Sachschäden, die durch Krankheit der der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden ist.

- (11) Haftpflichtansprüche aus Schäden an beweglichen Gegenständen (z. B. Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, Geschirr, Teppiche, etc.) in dem von der Gastfamilie bewohnten Haus oder der von der Gastfamilie bewohnten Wohnung (Haupt-, Neben- und Urlaubswohnst), einschließlich des hierzu gehörenden Grundstückes und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenräume, sofern nicht ausdrücklich Tarifleistungen vorgesehen sind (vgl. § 1 Abs. 4)

- (12) Die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges (ausgenommen die in § 1, Absatz 2 und f genannten Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.

- (13) Die Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd.

- (14) Die Haftpflicht aus der Ausübung eines Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art.

- (15) Die Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.

§ 4 - Besondere Obliegenheiten und Verfahren nach Eintritt des Versicherungsfalles (Ergänzung zu den im § 9 des Allgemeinen Teils aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten)

- (1) Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.

- (2) Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer (siehe Teil A § 11) unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in Textform anzuzeigen. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat die versicherte Person dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn sie den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat.

Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber der versicherten Person geltend, so ist diese zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruches verpflichtet. Wird gegen die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihr gerichtlich der Streit verkündet, so hat sie dies unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen. Das gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.

- (3) Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen des Versicherers nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalls dient, sofern ihr dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Die versicherte Person hat den Versicherer bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführende und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle latumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadenfalls erheblichen Schriftstücke einzusenden.

- (4) Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat die versicherte Person die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem von dem Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat sie, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.

- (5) Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Sollte dennoch ohne Zustimmung des Versicherers eine solche Anerkennung oder Befriedigung erfolgen, werden die Haftpflichtansprüche zunächst nach Rechtslage ohne Berücksichtigung der Anerkennung oder Befriedigung geprüft. Sofern danach Haftpflichtansprüche ohne Anerkennung oder Befriedigung nach Rechtslage berechtigt hätten abgewehrt werden können, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung für den den berechtigten Haftpflichtanspruch hinaus gehenden Anteil frei.
- (6) Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist sie verpflichtet, dieses Recht auf ihren Namen von dem Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter § 4, Absatz 3 bis 5 finden entsprechende Anwendung.
- (7) Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
- (8) Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus dem § 7 Absatz 5 des Allgemeinen Teils der VB-RS 2008 (CHU).

C: Tarife

I. TARIF TYP S

Eine Reise-Unfallversicherung ist nicht enthalten.

Reise-Haftpflichtversicherung

1. Deckungssumme

1.000.000,— € pauschal für Personen- und Sachschäden

2. Selbstbehalt

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

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

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

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

4. Abschiebekosten

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

II. TARIF TYP M

A. Reise-Unfallversicherung

1. Versicherungssummen:

Invalidität	30.000,— €	gemäß Teil B I. § 2 1. VB/HU 08
Bei Vollinvalidität	105.000,— €	Progressionsstaffel 350 % gemäß Teil B I. § 2 (6) VB/HU 08
Todesfall	15.000,— €	gemäß Teil B I. § 2 2. VB/HU 08
Bergungskosten	7.500,— €	gemäß Teil B I. § 2 3. VB/HU 08
Kosmetische Operationen	2.500,— €	gemäß Teil B I. § 2 4. VB/HU 08

2. Einschluss der Kostenübernahme für kosmetische Operationen:

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

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

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten wird nicht geleistet.

B. Reise-Haftpflichtversicherung

1. Deckungssumme: 2.000.000,— €

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

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

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

3. Abschiebekosten

Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person, die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten — nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 10 % mindestens 250,— € bis zu maximal 2.000,— €.

Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

III. TARIF TYP XL

A. Reise-Unfallversicherung

1. Versicherungssummen:

Invalidität	40.000,— €	gemäß Teil B I. § 2 1. VB/HU 08
Bei Vollinvalidität	140.000,— €	Progressionsstaffel 350 % gemäß § 2 (6) VB/AP-HU 08
Todesfall	25.000,— €	gemäß Teil B I. § 2 2. VB/HU 08
Bergungskosten	10.000,— €	gemäß Teil B I. § 2 3. VB/HU 08
Kosmetische Operationen	5.000,— €	gemäß Teil B I. § 2 4. VB/HU 08

2. Einschluss der Kostenübernahme für kosmetische Operationen:

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

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

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten wird nicht geleistet.

B. Reise-Haftpflichtversicherung

1. Deckungssumme: 2.500.000,— €

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

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

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

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

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

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

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

Ausgeschlossen bleibt die Haftung aus dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen.

Die Höchstersatzleistung des Versicherers je Schadenereignis beträgt 1.000,— €. Für alle Schäden eines Versicherungsjahres — oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes — ist die Versicherungssumme für das Abhandenkommen von Schlüsseln innerhalb der Deckungssummen auf das Doppelte begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

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

4. Abschiebekosten

Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person, die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten — nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 10 % mindestens 250,— € bis zu maximal 3.000,— €.

Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

Care Concept AG

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: HanseMerkur Reiseversicherung AG

Produkt: Haftpflichtversicherung (Gruppenvertrag)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Diese Informationen sind nicht abschließend. Der vollständige Versicherungsinhalt ergibt sich aus Ihren Vertragsunterlagen nebst Anlagen, insbesondere dem Versicherungsantrag, dem gewählten Tarif, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen sowie ggf. späteren schriftlichen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie sich bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Reisesachversicherung/Haftpflichtversicherung für Personen, die sich zeitlich befristet im Ausland aufhalten.



Was ist versichert?

- ✓ Ersatzpflichten aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen privatrechtlichen Inhaltes wegen Personenschäden
- ✓ Ersatzpflichten aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen privatrechtlichen Inhaltes wegen Sachschäden
- ✓ Prüfung der Haftpflichtfrage
- ✓ Abwehr unberechtigter Haftpflichtansprüche

Der Umfang und die im Einzelnen zutreffenden Leistungen Ihres Vertrages werden durch die Versicherungsbedingungen VB-RS 2008 (CHU-G), den Tarifbedingungen sowie dem Gruppenversicherungsvertrag nebst Anlagen/Anhängen bestimmt. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Schäden durch Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, aktive Teilnahme an inneren Unruhen und Kernenergie
- ✗ Versicherungsfälle, die durch den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person vorsätzliche herbeigeführt wurden
- ✗ Versicherungsfälle, in denen der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person arglistig über die Umstände zu täuschen versuchte, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind
- ✗ Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht hinausgehen
- ✗ Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Rad- oder Kraftfahrzeugrennen oder Kampfsportarten wie z.B. Judo
- ✗ Haftpflichtansprüche aus Schadenfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben
- ✗ Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet oder geliehen hat.

Die vollständigen Angaben zu den Einschränkungen des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen bzw. Ihren Versicherungsunterlagen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Selbstbehalte
- ! Deckungssummen
- ! Eigenanteil

Grundsätzlich besteht kein Versicherungsschutz für einen Aufenthalt in den Staatsgebieten, deren Staatsangehörigkeit Sie besitzen und/oder in dem Sie einen ständigen Wohnsitz haben.

Die vollständigen Angaben zu den Einschränkungen des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen bzw. Ihren Versicherungsunterlagen.



Wo bin ich versichert?

Die Versicherung gilt grundsätzlich weltweit. Die vollständigen Angaben zu den Einschränkungen des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen bzw. Ihren Versicherungsunterlagen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Rechtzeitige Beitragszahlung
- Vollständige und wahrheitsgemäße Angaben bei Beantragung der Mitgliedschaft
- Beachtung der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Anzeigepflichten, so zum Beispiel das unverzügliche Anzeigen eines Schadens
- Übersenden einer vollständigen und vollständig ausgefüllten Schadenanzeige
- Der Schaden ist möglichst gering zu halten (es ist alles zu unterlassen, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen kann) Wahrung der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag für Ihre Versicherung ist eine Einmalprämie, die im Voraus für jede in der Anmeldung genannte Person für die gesamte Aufenthaltsdauer zu zahlen ist.

Die Prämie wird jeweils mit Eingang der Meldung bei der Care Concept AG fällig, sofern keine abweichenden individuellen Vereinbarungen getroffen worden sind.

Die Zahlung der Prämie kann wahlweise über die im Gruppenversicherungsvertrag genannten Zahlungsarten erfolgen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Melde-Liste bzw. im Onlineformular bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Erhalt der Versicherungsbestätigung und Zahlung der Prämie, nicht vor dem Zeitpunkt der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland, sowie nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten.

Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende der Auslandsreise bzw. dem vereinbarten Zeitpunkt bzw. mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland, also mit Einreise bzw. Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland bzw. in das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat.

Des Weiteren endet der Versicherungsschutz zum Zeitpunkt der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw. der Gruppenvertragsmitgliedschaft sowie mit dem Entfallen der Versicherungsfähigkeit der versicherten Person.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Gruppenversicherungsvertrag/Haftpflichtversicherung wird zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht gekündigt wird. Ein selbständiges Bestehen des Gruppenversicherungsvertrages „Haftpflicht“ ohne gleichzeitiges Bestehen eines Gruppenversicherungsvertrages „Kranken“ ist nicht möglich. Der Gruppenversicherungsvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Näheres entnehmen Sie bitte § 2 Ziff. 1 und 2 der Versicherungsbedingungen (CKV-G2018), welche analog Anwendung finden.

Die Kündigung ist zu richten an:
Care Concept AG, Postfach 30 02 62
53182 Bonn

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