

# Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung

VB-KV 2021 (SFE19-D)

Wir sind die HanseMerkur Reiseversicherung AG mit Sitz in Hamburg. Sie sind unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer, wenn Sie den Versicherungsvertrag mit uns abschließen.

Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit-)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls in diesen Versicherungsbedingungen mit „Sie“.

Für eine leichtere Lesbarkeit verwenden wir in der Regel die männliche Form. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

## Abschnitt I – Leistungsübersicht

Den genauen Wortlaut der versicherten Leistungen und Ereignisse finden Sie unter den aufgeführten Ziffern im Abschnitt III Leistungsbeschreibung.

<b>Versicherte Leistungen</b> Die Höhe der Leistung ist abhängig von dem von Ihnen gewählten Tarif		<b>Tarif Economy</b>	<b>Tarif Economy Plus</b>	<b>Tarif First Class</b>
Selbstbehalt je Versicherungsfall		<b>25,- EUR</b>	<b>keiner</b>	<b>keiner</b>
2.1.1	Ambulante Heilbehandlungen gemäß der im Abschnitt III 1.2 beschriebenen Gebührenordnung	100 %	100 %	100 %
2.1.2	Schmerzstillende Zahnbehandlungen gemäß der im Abschnitt III 1.2 beschriebenen Gebührenordnung pro Versicherungsfall	250,- EUR	500,- EUR	100 %
2.1.3	Medikamente und Verbandmittel	100 %	100 %	100 %
2.1.4	Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen	100 %	100 %	100 %
2.1.5	Massagen, Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik	Nicht versichert	Nicht versichert	100 %
2.1.6	Hilfsmittel infolge eines Unfalls	100 %	100 %	100 %
2.1.7	Sehhilfen	Nicht versichert	Nicht versichert	200,- EUR
2.1.8	Röntgendiagnostik	100%	100%	100%
2.1.9	Operationen	100 %	100 %	100 %
2.1.10	Stationäre Heilbehandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlungen)	100 %	100 %	100 %
2.1.11	Rehabilitationsmaßnahmen	Nicht versichert	100 %	100 %
2.1.12	Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebskrankheiten pro Versicherungsjahr	Nicht versichert	Nicht versichert	200,- EUR
2.1.13	Ambulante psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen (bis zu 5 Sitzungen pro Versicherungsjahr)	Nicht versichert	500,- EUR	1.000,- EUR
2.2.1	Unfallbedingter Zahnersatz je Versicherungsjahr	Nicht versichert	500,- EUR	2.000,- EUR
2.2.2	Zahnersatz mit 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags pro Versicherungsjahr	Nicht versichert	Nicht versichert	2.000,- EUR
2.3.1	Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen bei Frühgeburten	Nicht versichert	100 %	100 %
2.3.2	Schwangerschaftsuntersuchungen pro Versicherungsjahr Entbindungen inkl. Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen	Nicht versichert	100 %	100 %
2.4.1	Krankentransporte zur Behandlung im Krankenhaus	100 %	100 %	100 %
2.4.2	Medizinisch sinnvoller Krankentrücktransport	100 %	100 %	100 %
2.4.3	Begleitperson bei Krankentrücktransport	Nicht versichert	100 %	100 %
2.5	Überführung in das Heimatland oder Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland	10.000,- EUR	10.000,- EUR	100 %
2.6	Krankenbesuch bei Krankenhausaufenthalt von mehr als 14 Tagen	Nicht versichert	500,- EUR	1.000,- EUR
2.7	Nachhaftung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit	100 %	100 %	100 %

## Abschnitt II - Allgemeine Bestimmungen

### 1 Versicherungsnehmer, versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsnehmer ist die natürliche oder juristische Person, die mit uns den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Versicherte Personen sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die Prämie bezahlt wurde. Neugeborene von versicherten Personen sind mit Vollendung der Geburt zum Tarif ihrer Eltern versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass

- sie binnen 2 Monaten nach dem Tag der Geburt rückwirkend bei uns versichert werden und
- der Versicherungsvertrag mindestens seit 3 Monaten
- ununterbrochen bestand und
- kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.

1.2 Zum Zeitpunkt der Antragstellung versicherungsfähig sind nachfolgende Personen bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres und sofern sie eine ausländische Staatsangehörigkeit und einen ständigen Wohnsitz im Ausland haben und vorübergehend in die Bundesrepublik Deutschland oder in eines der unter Ziffer 3.1 genannten Länder reisen:

Au-pairs, Schüler, Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten Doktoranden, Gastwissenschaftler, Praktikanten, Freiwilligenhelfer, Austauschschüler und Teilnehmer an Work- & Holiday-Programmen oder Personen, die nachweislich zwecks einer Weiterbildungsmaßnahme reisen sowie Touristen.

1.3 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen,

1.3.1 die im Aufenthaltsland der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherungspflicht unterliegen;

1.3.2 die dauernd pflegebedürftig sind sowie Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;

1.3.3 die eine Tätigkeit als Berufssportler ausüben.

1.4 Für Personen, die die Voraussetzungen der Ziffern 1.1 und 1.2 nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für diese Personen dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.

### 2 Abschluss, Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes

#### 2.1 Abschluss und Beginn des Versicherungsvertrages

2.1.1 Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages kann jederzeit gestellt werden. Er ist für die gesamte noch verbleibende Dauer des Aufenthaltes zu stellen.

2.1.2 Der Versicherungsvertrag kommt dadurch zustande, dass der hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei uns eingeht und wir Ihnen eine Versicherungsbestätigung senden. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.

2.1.3 Werden die Bestimmungen der Ziffern 2.1.1 oder 2.1.2 nicht eingehalten, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. In diesem Fall steht die gezahlte Prämie dem Absender zur Verfügung.

#### 2.2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) nach

Ablauf der Wartezeiten. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes oder vor Ablauf der Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.

### 2.3 Dauer

Die Versicherung gilt für die vereinbarte Dauer. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 365 Tage. Die Höchstversicherungsdauer gilt auch unter Berücksichtigung von gleichartigen Versicherungsverträgen, die vorher nicht bei uns bestanden haben.

### 2.4 Beendigung

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von diesen Vereinbarungen unberührt. Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsvertrag endet auch für noch nicht abgeschlossene bzw. schwebende Versicherungsfälle

2.4.1 zum vereinbarten Zeitpunkt;

2.4.2 mit dem Tod des Versicherungsnehmers; die versicherten Personen können innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen;

2.4.3 wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen;

2.4.4 im Falle eines Rücktransportes mit Ankunft im nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland.

### 2.5 Wartezeiten

Sofern der Versicherungsschutz oder Leistungen an Wartezeiten gebunden sind, rechnen sich diese vom Versicherungsbeginn an. Soweit nachstehend nicht besondere Wartezeiten genannt werden, beträgt die allgemeine Wartezeit 31 Tage. Die allgemeine Wartezeit entfällt, wenn die Antragstellung innerhalb von 31 Tagen nach Einreise erfolgt. Das Datum der Einreise muss auf unser Verlangen nachgewiesen werden. Die Wartezeit entfällt auch bei Unfällen und bei ärztlicher Hilfe zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Sie. Eine seit Einreise nachweisbare lückenlos bis zum Versicherungsbeginn bestehende, vergleichbare Vorversicherung wird auf die allgemeine Wartezeit angerechnet. Die Leistungseinschränkungen gemäß Abschnitt III 3 (Einschränkungen des Versicherungsschutzes) und die besonderen Wartezeiten gelten uneingeschränkt weiter.

## 3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

3.1 Der Versicherungsschutz gilt während des vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland und für vorübergehende Reisen in die Staaten der Europäischen Union, Großbritannien und Nordirland, die Schengen-Staaten, nach Andorra, Monaco, San Marino und Vatikanstadt, nicht jedoch in Ihrem Heimatland. Heimatland im Sinne dieser Bedingung ist Ihr ständiger Wohnsitz vor Ihrem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland.

3.2 Bei Versicherungsverträgen von 5-monatiger Dauer besteht abweichend von Ziffer 3.1 auch Versicherungsschutz bei einer vorübergehenden Rückkehr in Ihr Heimatland. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist auf maximal 6 Wochen für alle Heimatlandaufenthalte begrenzt.

## 4 Was muss bei der Prämienzahlung beachtet werden?

### 4.1 Prämienhöhe

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

### 4.2 Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie

4.2.1 Die erste oder einmalige Prämie ist bei Vertragsbeginn fällig.

4.2.2 Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, haben Sie von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei

denn, Sie haben die Nichtzahlung oder verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Haben Sie die nicht rechtzeitige Zahlung jedoch zu vertreten, beginnt der Versicherungsschutz erst ab der Zahlung.

- 4.2.3 Außerdem können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

### 4.3 Zahlung der Folgeprämien

- 4.3.1 Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersenden wir Ihnen eine Mahnung und setzen eine Zahlungsfrist von 2 Wochen.
- 4.3.2 Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung im Verzug, können wir den Vertrag kündigen, wenn wir Sie mit der Mahnung darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt und zahlen Sie nach Erhalt der Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

### 4.4 Prämieinzug

Ist Prämieinzug von einem Konto vereinbart, erfolgt dieser unverzüglich nach Mandaterteilung. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn wir die Prämie am Abbuchungstag einziehen können und Sie dem berechtigten Prämieinzug nicht widersprechen. Können wir die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, gilt die Zahlung auch dann noch als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach der von uns in Textform abgegebenen Mahnung erfolgt.

## 5 Was ist bei der Leistungszahlung zu beachten?

### 5.1 Fälligkeit der Zahlung

Sobald der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis vorliegt und wir unsere Zahlungspflicht und die Höhe der Leistung festgestellt haben, zahlen wir spätestens innerhalb von 2 Wochen.

Ist die Zahlungspflicht festgestellt, lässt sich jedoch die Höhe der Leistung nicht innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige bei uns feststellen, kann ein angemessener Vorschuss auf die Leistung verlangt werden.

Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafrechtliches Verfahren gegen Sie eingeleitet worden, können wir bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Regulierung des Schadens aufschieben.

### 5.2 Kosten in ausländischer Währung

Wir rechnen die entstandenen Kosten zum Eurokurs des Tages um, an dem die Belege bei uns eingehen. Es gilt der amtliche Devisenkurs, es sei denn, die Devisen zur Bezahlung der Rechnungen wurden zu einem ungünstigeren Kurs erworben. Von den Leistungen können wir Mehrkosten abziehen, die dadurch entstehen, dass wir Überweisungen ins Ausland vornehmen oder auf Ihr Verlangen besondere Überweisungsformen wählen.

### 5.3 Leistung aus anderen Versicherungsverträgen

Kann im Versicherungsfall eine Leistung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, treten wir in Vorleistung und wenden uns zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer.

## 6 Welches Recht findet Anwendung und wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? Für wen gelten die Bestimmungen?

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

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

Alle Bestimmungen des Versicherungsvertrages gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen.

## 7 Aufrechnung

Gegen unsere Forderungen kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## 8 Was ist bei Mitteilungen zu beachten?

Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die im Versicherungsschein genannte Adresse in Textform gerichtet werden. Die Vertragssprache ist Deutsch.

## Abschnitt III - Leistungsbeschreibung

### 1 Versicherungsumfang

1.1 Als Versicherungsfall gilt die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit Ihrer 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 ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch der Tod der versicherten Person sowie medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche, sofern die Behandlungsnotwendigkeit bei Vertragsbeginn noch nicht bestanden hat, sowie ambulante Vorsorgeuntersuchungen.

1.2 Während Ihres Aufenthaltes steht Ihnen die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern frei. Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen dürfen diese Krankenhäuser nicht durchführen und auch keine Rekonvaleszenten aufnehmen. Wir erstatten gemäß Ziffer 2 (Versicherte Leistungen) die entstandenen Kosten.

1.2.1 In Deutschland übernehmen wir die entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen

- nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
- nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,
- nach den Abschnitten A, E und O (technische Einrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,
- für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

1.2.2 Haben Sie den Tarif First Class abgeschlossen, werden die Kosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ und GOZ übernommen.

1.2.3 Außerhalb Deutschlands übernehmen wir die entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, sofern sie nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung - sofern vorhanden - oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnet wurden.

1.3 Wir leisten nur Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin ganz oder überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso

erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen (z. B. Heilbehandlungen sowie Verordnungen nach den besonderen Therapierichtungen Homöopathie, Anthroposophische Medizin und Pflanzenheilkunde). Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

## 2 Versicherte Leistungen

Im Versicherungsfall gewähren wir die nachstehenden Leistungen, soweit diese in dem von Ihnen gewählten Tarif versichert sind und der Versicherungsfall nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Wartezeiten eingetreten ist. Eine Übersicht hierzu finden Sie im Abschnitt I dieser Versicherungsbedingungen.

Sofern tarifliche Leistungen für Hilfsmittel vorgesehen sind, zählen nachfolgende Gegenstände als Hilfsmittel: Bandagen, Bruchbänder, Einlagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte, Korrekturschienen, Kunstglieder/Prothesen, Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrräder, Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte, Überwachungsmonitore für Säuglinge, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Sprechgeräte.

### 2.1 Heilbehandlungskosten

Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige

- 2.1.1 ärztliche ambulante Behandlungen;
- 2.1.2 schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden, sowie unaufschiebbare Reparaturen der Zahnspange (Retainer) bzw. deren Einstellung bei auftretenden Schmerzen;
- 2.1.3 ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
- 2.1.4 ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- 2.1.5 ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
- 2.1.6 ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- 2.1.7 Sehhilfen wie z. B. Brillen und Kontaktlinsen, nach einer Wartezeit von 6 Monaten und wenn sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat;
- 2.1.8 Röntgendiagnostik;
- 2.1.9 unaufschiebbare Operationen;
- 2.1.10 unaufschiebbare stationäre Behandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlungen);
- 2.1.11 medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
- 2.1.12 Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten;
- 2.1.13 ambulante psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlungen.

### 2.2 Zahnersatzleistungen

Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Brücken, kieferorthopädische Behandlungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen.

- 2.2.1 Wir erstatten die Kosten eines Zahnersatzes, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist.

- 2.2.2 Wir erstatten 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in einfacher Ausführung nach einer Wartezeit von 6 Monaten.

## 2.3 Versicherungsleistungen bei Schwangerschaften und Geburten

- 2.3.1 Wir erstatten die entstandenen Kosten einer durch Beschwerden hervorgerufenen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsbehandlung, Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlung wegen Fehlgeburt sowie eines medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruchs. Voraussetzung hierfür ist, dass die Behandlungsnotwendigkeit bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht feststand.
- 2.3.2 Sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsvertrages noch nicht bestanden hat, erstatten wir die Kosten für Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und Entbindungen. Die Kosten für Entbindungen werden erst nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten erstattet. Die Erstattung entsprechender Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist nur möglich, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch einen Arzt in Rechnung gestellt werden.

## 2.4 Transportkosten

- 2.4.1 Wir erstatten die Kosten für Krankentransporte zur stationären oder ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft.
- 2.4.2 Wir erstatten die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus an Ihren Wohnort, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.
- 2.4.3 Wir übernehmen auch die Kosten für eine Begleitperson sowie eine gegebenenfalls erforderliche Arztbegleitung, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

## 2.5 Überführungs- und Bestattungskosten

Wir erstatten die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen in das Heimatland entstehen, oder übernimmt die Kosten für eine Bestattung in Deutschland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

## 2.6 Krankenbesuch

Wenn fest steht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert, organisieren wir auf Wunsch die Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die entstehenden Kosten des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise. Voraussetzung ist jedoch, dass der Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.

## 2.7 Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht unsere Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifes bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.

## 3 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

### 3.1 Selbstbehalt und Leistungseinschränkungen

- 3.1.1 Im Tarif Economy beträgt der tarifliche Selbstbehalt 25,-EUR je Versicherungsfall.
- 3.1.2 Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das ortsübliche Maß, so kann die Advivion die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

## 3.2 Leistungsfreiheit

Wir leisten leistet nicht,

- 3.2.1 wenn Sie den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt haben oder arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind;
- 3.2.2 für Behandlungen, die der alleinige oder einer der Gründe für den Reiseantritt waren;
- 3.2.3 für Behandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person vor dem Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich oder zur Zeit des Versicherungsabschlusses bekannt war oder mit denen sie nach den ihr bekannten Umständen rechnen musste;
- 3.2.4 für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland - vor Reisebeginn - für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht;
- 3.2.5 für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, es sei denn, dass diese Behandlungen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen eines schweren Schlaganfalles, schweren Herzinfarktes oder einer schweren Skeletterkrankung (Bandscheiben-OP, Hüftendoprothese) erfolgen, zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dienen und Leistungen vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden;
- 3.2.6 für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- 3.2.7 für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort; die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird; bei Erkrankungen entfällt sie, wenn Sie sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten haben;
- 3.2.8 für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder oder Personen, mit denen Sie innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenleben; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- 3.2.9 für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kernenergie oder Eingriffe von hoher Hand verursacht sind;
- 3.2.10 für durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlungen oder Unterbringungen;
- 3.2.11 für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;
- 3.2.12 für Zahnersatz, Stifftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Brücken, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen, soweit tariflich keine anderen Regelungen bestehen;
- 3.2.13 für Immunisierungsmaßnahmen;
- 3.2.14 für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehörige Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
- 3.2.15 für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
- 3.2.16 für Organspenden und deren Folgen.

## 4 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

### 4.1 Verpflichtung zur Kostenminderung

Sie sind verpflichtet, den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Dem Rücktransport an den Wohnort bzw.

in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit müssen Sie zustimmen, wenn wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigen.

### 4.2 Verpflichtung zur Auskunft

Die von uns übersandte Schadenanzeige müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich zurücksenden. Sofern wir es für notwendig erachten, sind Sie verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

### 4.3 Nachweispflicht

Folgende Nachweise müssen Sie einreichen, die damit unser Eigentum werden:

- 4.3.1 Originalbelege mit dem Namen der behandelten Person, der Bezeichnung der Krankheit sowie den von den Behandelnden erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum. Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungskopien.
- 4.3.2 Rezepte zusammen mit der Behandlungsrechnung und Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung.
- 4.3.3 Nachweis über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstehen würden, wenn Leistungen für einen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland vorzulegen mit einer ausführlichen Begründung für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport.
- 4.3.4 Eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Beattungskosten gezahlt werden sollen.
- 4.3.5 Weitere Nachweise und Belege, die wir anfordern, um unsere Leistungspflicht zu prüfen, wenn Ihnen die Beschaffung billigerweise zuzumuten ist (z. B. Nachweise über das Datum der Einreise).

### 4.4 Verpflichtung zur Sicherstellung von Ersatzansprüchen gegen Dritte

- 4.4.1 Haben Sie einen Ersatzanspruch gegen einen Dritten, geht dieser Anspruch auf uns über, soweit wir den Schaden ersetzen. Den Ersatzanspruch oder ein Recht, das diesen sichert, müssen Sie unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren und, falls nötig, dabei mithelfen, ihn durchzusetzen. Richtet sich der Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, kann der Übergang nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 4.4.2 Ihre Ansprüche gegenüber Behandelnden, die ein zu hohes Honorar gestellt haben, gehen im gesetzlichen Umfang auf uns über, falls wir die Kosten ersetzt haben. Sofern erforderlich, sind Sie zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet.

### 4.5 Folgen bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Verletzen Sie eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.