

**Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung
VB-KV 2014 (AvH)**

§ 1 – Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.
Bei Eintritt des Versicherungsfalles
 - innerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Ersatz der Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen gewährt;
 - außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sind die tariflichen Leistungen auf eine maximale 6-wöchige Dauer des Auslandsaufenthaltes pro Versicherungsjahr (12 Monate) begrenzt;
 - im Heimatland der versicherten Person besteht - außer beim Vorliegen der im weiteren genannten Voraussetzungen - kein Versicherungsschutz. Heimatland ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.
 - Lediglich bei Aufenthalten von mindestens 1-jähriger Dauer in der Bundesrepublik Deutschland besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person, wenn die Gesamtdauer der Unterbrechung den Zeitraum von 6 Wochen je angefangenem Versicherungsjahr nicht überschreitet. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn. Beginn und Ende einer jeden Unterbrechung sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der 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
 - Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft;
 - Tod;
 - Entbindungen (gemäß § 4 Nr. 2 dieser Bestimmungen, bei Zahlung einer Zusatzprämie).
- Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- Versicherungsfähig sind
 - alle Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich im Rahmen eines Stipendiums der Alexander von Humboldtstiftung/Max Planck-Gesellschaft und anderer Stipendienggeber vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten;
 - Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, wenn sie seit mehr als 2 Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben und sich als Stipendiaten einer anerkannten Studienstiftung nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten;
 - Ehegatten und Kinder der unter § 1 Nr. 4 Buchstaben a und b genannten Personen;
 - Neugeborene, sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht und diese gemäß § 198 des Versicherungsvertragsgesetzes spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend beim Versicherer angemeldet werden.
- Wartezeiten
Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerungen vom Verlängerungsbeginn an;

§ 2 – Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland und nicht vor Zahlung der Prämie.

§ 3 – Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

- Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist innerhalb von 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von 31 Tagen ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht möglich. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass dem Antragsteller der Versicherungsschein zugeht.

- Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur dann verlängert werden, wenn der Antrag auf Verlängerung vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages beim Versicherer vorgelegen hat. Bei Ausdehnung besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
- Die Höchstversicherungsdauer beträgt 5 Jahre. Eine Verlängerung ist nicht möglich.

§ 4 – Umfang der Leistungspflicht

- Heilbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet die während des Aufenthaltes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt;
 - ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr-, Stärkungs- sowie kosmetische Präparate;
 - ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden und der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - Röntgendiagnostik;
 - stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen. Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen;
 - Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück.
Bei ambulanten Behandlungen beträgt der Selbstbehalt für die versicherte Person 10,- € je Versicherungsfall.
- Entbindung
Der Versicherer erstattet – nach Abzug eines tariflichen Selbstbehaltes von 700,- € je Versicherungsfall – die während des Aufenthaltes nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten entstandenen Kosten einer Entbindung im Rahmen des § 4 Nr. 1 dieser Bestimmungen.
- Zahnbehandlungskosten
Der Versicherer erstattet die während des Aufenthaltes gemäß § 1 Nr. 1 entstandenen Kosten für:
 - Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung;
 - Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).
- Überführungs- und Bestattungskosten
Der Versicherer erstattet - außer bei einem Aufenthalt im Heimatland gemäß § 1 Nr. 1 Buchstabe c
 - Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder eines Auslandsaufenthaltes gemäß § 1 Nr. 1 Buchstabe a) und b) in das Heimatland der verstorbenen Person bis zu 10.000,- EUR oder
 - Bestattungskosten in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland gemäß § 1 Nr. 1 Buchstabe a) und b) bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens jedoch 10.000,- EUR
- Vorsorgeuntersuchungen
Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten übernimmt der Versicherer die Kosten einer ambulanten Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen sowie Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zu 200,- EUR im Jahr.

§ 5 – Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht:
 - a) für die bei Vertragsabschluss bzw. bei Abschluss des Anschlussvertrages bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbaren Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind;
 - b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - c) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
 - e) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - f) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankung entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - i) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - j) für Schwangerschaftsunterbrechungen;
 - k) für Entbindungen innerhalb der Wartezeit von 8 Monaten;
 - l) für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht infolge eines Unfalles notwendig werden und der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - m) für Zahnersatz, Stützprothesen, Einlagefüllungen (Gussfüllungen), Überkronungen und kiefernorthopädische Behandlung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 6 – Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers - erbracht sind:
 - a) Original-Belege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
 - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen;
 - c) amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
2. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, er hat begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.
3. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in EURO 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. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 – Ende des Versicherungsschutzes

- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –
1. zu dem vereinbarten Zeitpunkt;
 2. spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland, soweit nicht die Voraussetzungen des § 1 Nr. 1 Buchstabe b) und c) vorliegen.

§ 8 – Prämien

1. Die Prämie (ggf. incl. Zusatzprämie für Entbindungen) wird als Einmalprämie für die Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland spätestens mit Beginn des Vertrages fällig.
2. Die Prämie für eine versicherte Person ergibt sich aus der jeweils gültigen geschäftsplanmäßigen Prämienübersicht.

§ 9 – Obliegenheiten

1. Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 10 – Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur 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.
2. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 – Ansprüche gegen Dritte

Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung. Wird diese Obliegenheit verletzt, ergeben sich die Rechtsfolgen aus § 10 Ziffer 1 und 2.

§ 12 – Aufrechnung

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

§ 13 – Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 14 – Anzuwendendes Recht/Vertragsprache

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