

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

1. Abschluss, Beginn und Dauer des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes

- 1.1 Abschluss und Beginn des Versicherungsvertrages**
- 1.1.1 Der Vertrag kommt durch Zahlung der Prämie zustande, sofern die Zahlung eindeutige und vollständige Angaben über den Versicherungsbeginn, das von Ihnen ausgewählte Produkt sowie die zu versichernden Personen enthält.
- 1.1.2 Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise für deren gesamte Dauer abgeschlossen werden.
- 1.1.3 Werden die vorgenannten Bestimmungen nicht eingehalten, kommt trotz Prämienzahlung kein Vertrag zustande. In diesem Fall steht der gezahlte Betrag dem Absender zu.
- 1.2 Beginn des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz beginnt frühestens mit Antritt der versicherten Reise, sofern die Prämie vor Reiseantritt bezahlt wurde. Die Reise gilt mit dem Grenzübertritt ins Ausland als angetreten.
- 1.3 Ende des Versicherungsvertrages und des Versicherungsschutzes**
- 1.3.1 Der Versicherungsvertrag endet nach der vereinbarten Dauer. Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle nach der vereinbarten Dauer, spätestens jedoch mit Beendigung der versicherten Reise, mit dem Grenzübertritt ins Heimatland aus dem Ausland.
- 1.3.2 Der Versicherungsvertrag und der Versicherungsschutz enden auch, wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen, weil sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt im Ausland entschieden hat oder weil die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt.
- 1.3.3 Der Versicherungsschutz verlängert sich über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, wenn sich die planmäßige Beendigung der Reise aus Gründen verzögert, die die versicherte Person nicht zu vertreten hat.

2. Geltungsbereich

- 2.1 Der Versicherungsschutz gilt für den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich für Reisen im Ausland. Als Ausland gelten nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie das Staatsgebiet, in dem Sie bei Antragstellung einen Wohnsitz haben.
- 2.2 Sofern der vereinbarte Geltungsbereich örtlich eingeschränkt ist (z.B. bei Tarifen ohne den Geltungsbereich USA und Kanada), entfällt diese Einschränkung unter den nachfolgenden Bedingungen:
- Bei einem Transitaufenthalt für die Dauer des Transits.
 - Bei Versicherungsverträgen von mindestens 7-monatiger Dauer für Aufenthalte bis zu 14 Tagen.
- 2.3 Versicherungsschutz besteht auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal 3 Wochen bei einer Vertragsdauer ab 7 Monaten. Bei einer Vertragsdauer ab 12 Monaten ist der Versicherungsschutz im Heimatland begrenzt auf maximal 6 Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr (siehe Ziffer 5.3). Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

3. Versicherte Personen und Familientarife

- 3.1 Versicherte Personen**
Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen oder der im Versicherungsschein festgelegte Personenkreis, sofern die Versicherungsprämie bezahlt wurde.
- 3.2 Familien**
Wird eine Familienversicherung abgeschlossen, so zählen als Familie maximal zwei Erwachsene und mindestens ein mitreisendes Kind bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres (unabhängig vom Verwandtschaftsverhältnis) – insgesamt bis zu sieben Personen.

4. Prämienzahlung

- 4.1 Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie**
- 4.1.1 Die erste oder einmalige Prämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
- 4.1.2 Zahlen Sie die Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 4.1.3 Zahlen Sie die erste Prämie oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 4.2 Zahlung der Folgeprämien** (soweit die Prämienzahlung in Raten vereinbart wurde)
- 4.2.1 Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersenden wir Ihnen eine Zahlungsaufforderung und setzen eine Zahlungsfrist von 2 Wochen.
- 4.2.2 Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und sind Sie bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Wir verbinden die Zahlungsfrist von 2 Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug sind.
- 4.2.3 Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leisten. Ziffer 4.2.2 bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass eine versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Ziffer 4.2.2 bleibt hiervon unberührt.

5. Leistungsbeschreibung

- 5.1 Wahlfreiheit zwischen Ärzten und Krankenhäusern**
Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen.
- 5.2 Versicherte Behandlungsmethoden**
Im vertraglichen Umfang leisten wir für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin ganz oder überwiegend anerkannt sind. Wir leisten 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 (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.
- 5.3 Versicherungsjahr und Wartezeiten**
Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Soweit nachstehende Leistungen erst nach einer Wartezeit versichert sind, beginnt diese Wartezeit ab Versicherungsbeginn und bei Anschlussverträgen ab Beginn des Anschlussvertrages.
- 5.4 Selbstbehalt**
Je Versicherungsfall trägt die versicherte Person einen Selbstbehalt von 100,- EUR, sofern der Tarif Basic gewählt wurde. Der Tarif Premium hat keinen Selbstbehalt.
- 5.5 Leistungsumfang**
Im Versicherungsfall (Einschränkungen siehe Ziffer 6.) werden die nachfolgenden Kosten

ersetzt. Erstattet werden, je nach dem von Ihnen abgeschlossenen Tarif, die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen, ortsüblichen Kosten in voller Höhe, es sei denn, in den nachstehenden Leistungen sind ausdrücklich andere Beträge genannt. Als Versicherungsfall wird die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen bezeichnet. 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 medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.

5.5.1 Heilbehandlungskosten im Ausland

- Bei Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalls während einer Reise erstatten wir die im Ausland entstandenen Kosten einer Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinisch notwendige
- 5.5.1.1 ärztliche ambulante Behandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufener, medizinisch notwendiger Schwangerschaftsbehandlung, Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch;
- 5.5.1.2 schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz bis 300,- EUR pro Versicherungsjahr gemäß Ziffer 5.3, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden. Im Tarif Premium entfällt die Entschädigungsgrenze von 300,- EUR. Wir erstatten auch die Kosten eines Zahnersatzes bis zu einem Betrag von 500,- EUR, der aufgrund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist.
- 5.5.1.3 ärztlich verordnete Medikamente und Verbandsmittel (als Medikamente gelten nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nahr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
- 5.5.1.4 ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- 5.5.1.5 ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
- 5.5.1.6 ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- 5.5.1.7 Röntgendiagnostik;
- 5.5.1.8 unaufschiebbare Operationen;
- 5.5.1.9 unaufschiebbare stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, welche im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt und zugelassen ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankenakten führt;
- 5.5.1.10 in Abänderung von Ziffer 6.2.11, erstmalige und einmalige ambulante Behandlung von psychoanalytischen und psychotherapeutischen Erkrankungen durch einen Facharzt bei Aufenthalten in den USA und Kanada. Im Tarif Premium sind ambulante psychoanalytische Behandlungen bis zu 5 Sitzungen, maximal 750,- EUR, je Versicherungsjahr versichert. Ergibt sich dabei die Notwendigkeit einer stationären Behandlung, werden die zusätzlichen Rückreisekosten in das Heimatland übernommen. Ersetzt werden nur die Kosten der einfachsten Sitzklasse.
- 5.5.1.11 Rehabilitationsmaßnahmen im Tarif Premium ohne die in Ziffer 6.2.5 genannten Einschränkungen als versichert.
- 5.5.2 Vorsorge – Versicherungsschutz gilt nur im Tarif Premium**
- 5.5.2.1 Versichert sind Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen, sofern die Schwangerschaft nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Entbindungen durch Ärzte sind nach einer Wartezeit gemäß Ziffer 5.3 von 8 Monaten versichert. Die Erstattung entsprechender Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist nur möglich, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch einen Arzt in Rechnung gestellt werden.

5.5.2.2 Versichert sind, nach einer Wartezeit gemäß Ziffer 5.3 von 6 Monaten, nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis 500,- EUR je Versicherungsjahr und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen für Frauen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bis zu 100,- EUR je Versicherungsjahr

5.5.2.3 Versichert ist nach einer Wartezeit gemäß Ziffer 5.3 von 6 Monaten, die Zahnvorsorge nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen bis zu 100,- EUR je Versicherungsjahr.

5.5.3 Informationsleistung

5.5.3.1 Information über Ärzte vor Ort
Bei Krankheit oder Unfall informieren wir auf Anfrage über unseren Notruf-Service über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung der versicherten Person. Soweit möglich, benennen wir einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt.

5.5.3.2 Informationsübermittlung zwischen Ärzten
Wird die versicherte Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalles in einem Krankenhaus stationär behandelt, stellen wir auf Wunsch über unseren Notruf-Service den Kontakt zwischen einem von uns beauftragten Arzt und dem Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her und sorgen während des Krankenhausaufenthaltes für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch sorgen wir für die Information der Angehörigen.

5.5.4 Versicherungsleistungen für Frühgeburten
Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, ersetzen wir bei einer Frühgeburt bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche auch die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von 50.000,- EUR. Die Kosten werden ohne eine Entschädigungsgrenze in voller Höhe übernommen, sofern die Versicherungsdauer mindestens 3 Monate beträgt.

5.5.5 Betreuungslleistungen

5.5.5.1 Begleitperson im Krankenhaus für Kinder
Muss ein versichertes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.

5.5.5.2 Reisebetreuung für Kinder
Wir organisieren und bezahlen die Betreuung eines Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, welches die Reise allein fortsetzen oder abbrechen muss, sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an der Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden Kindes die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig fortführen oder beenden können.

5.5.5.3 Arzneimittelversand
Benötigt die versicherte Person ärztlich verordnete Arzneimittel, die ihr auf der Reise abhandgekommen sind, übernehmen wir in Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person die Beschaffung der Ersatzpräparate und ihre Übersendung an die versicherte Person. Die Kosten der Ersatzpräparate hat die versicherte Person binnen eines Monats nach Beendigung der Reise an uns zurückzuerstatten.

5.5.5.4 Krankenbesuch
Wenn fest steht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 5 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 übernehmen 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.

5.5.5.5 Hotelkosten
Wird der gebuchte Aufenthalt aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten unterbrochen oder verlängert, erstatten wir der versicherten Person und den versicherten Mitreisenden bis zu 10 Tagen die zusätzlichen Nächtigungskosten. Der Betrag ist insgesamt auf 2.500,- EUR begrenzt.

5.5.6 Transport-/Überführungs-/ Bestattungskosten

5.5.6.1 Wir erstatten die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder nach Prognose des behandelnden Arztes die Krankenhausbearbeitung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.

5.5.6.2 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.

5.5.6.3 Wir erstatten die Kosten für Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft.

5.5.6.4 Kehren Sie infolge eines Krankenhausaufenthaltes von mindestens 10 Tagen Dauer von der Reise verspätet zurück, erstatten wir Ihnen die nachweislich entstandenen zusätzlichen Rückreisekosten und die hierdurch unmittelbar verursachten sonstigen Mehrkosten, z. B. Übernachtungs- und Verpflegungskosten (nicht jedoch Heilkosten). Bei Erstattung dieser Kosten wird auf die Qualität der gebuchten Reise abgestellt. Wenn abweichend von der gebuchten Reise die Rückreise mit einem Flugzeug erforderlich wird, werden nur die Kosten für einen Sitzplatz in der einfachsten Flugzeugklasse ersetzt.

5.5.6.5 Wir ersetzen die zusätzlich entstandenen Rückreisekosten mitreisender versicherter Personen, wenn diese ihren gebuchten Aufenthalt aufgrund eines medizinisch sinnvollen Rücktransportes vorzeitig beenden oder aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten verlängern müssen.

5.5.6.6 Wir erstatten die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehen.

5.5.6.7 Erstattet werden die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

5.5.6.8 Wir organisieren und bezahlen die zusätzliche Rückholung des Reisegepäcks, sofern alle mitversicherten erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden oder verstorben sind.

5.5.7 Nachleistung im Ausland
Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschließlich eines dann eventuell notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

5.5.8 Weitere Leistungen

5.5.8.1 Telefonkosten bei Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale
Im Versicherungsfall erstatten wir die Telefonkosten bis zu einem Betrag von 25,- EUR, die dem Versicherten durch die Kontaktaufnahme mit unserer Notrufzentrale entstehen.

5.5.8.2 Aufwandsentschädigung
Werden alle im Ausland angefallenen Heilbehandlungskosten, die unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fallen, vor unserer Inanspruchnahme einem anderen Leistungsträger/ Versicherer eingereicht, der sich an der Kostenerstattung beteiligt, zahlen wir – über die Kostenerstattung hinaus – bei einer stationären Krankenhausbearbeitung zusätzlich, maximal für 14 Tage, ein Krankenhaustagegeld von 50,- EUR pro Tag. Bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) leisten wir in diesen Fällen zusätzlich einmalig einen Betrag von 25,- EUR pro behandelter Person.

5.5.8.3 Ersatzweise Krankenhaustagegeld
Bei Auslandsreisen erhalten versicherte Personen im Falle einer medizinisch notwendigen und stationären Heilbehandlung wegen einer während der Auslandsreise eingetretenen Krankheit oder Verletzung wahlweise anstelle von Kostenersatzleistungen für die stationäre Heilbehandlung maximal für 30 Tage ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50,- EUR pro Tag ab Beginn der stationären Krankenhausbearbeitung. Das Wahlrecht ist

unverzüglich bei Beginn der stationären Behandlung auszuüben.

6. Einschränkungen zum Versicherungsschutz und Leistungsausschlüsse

6.1 Leistungseinschränkungen
Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das ortsübliche Maß, so können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

6.2 Leistungsfreiheit
Wir leisten nicht für:

6.2.1 die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;

6.2.2 die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

6.2.3 solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht;

6.2.4 die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;

6.2.5 Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, es sei denn, das tariflich eine andere Regelung besteht oder dass diese Behandlungen im Anschluss an eine versicherte, vollstationäre Krankenhausbearbeitung 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;

6.2.6 Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

6.2.7 ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;

6.2.8 Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder sowie durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

6.2.9 solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kernenergie oder Eingriffe von hoher Hand verursacht sind;

6.2.10 eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;

6.2.11 Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;

6.2.12 Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;

6.2.13 Immunisierungsmaßnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen, sofern tariflich keine anderen Regelungen bestehen;

6.2.14 Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;

6.2.15 Organspenden und deren Folgen.

6.3 Arglistige Täuschung
Wir leisten nicht, wenn Sie bzw. die versicherte Person uns arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

7. Verhalten im Schadenfall (Obliegenheiten)
Bitte beachten Sie die nachfolgenden Punkte, um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Bitte beachten Sie darüber hinaus die „Wichtigen Hinweise“ im Schadenfall, die Ihren Vertragsunterlagen beigefügt sind.

7.1 Verpflichtung zur Kostenminderung
Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen

Kostenerhöhung führen könnte. Sind Sie unsicher, nehmen Sie gerne mit uns Kontakt auf.

Dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit muss zugestimmt werden, wenn wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigen.

7.2 Unverzögliche Kontaktaufnahme

Im Falle einer stationären Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich Kontakt mit unserem weltweiten Notfall-Service aufnehmen.

7.3 Verpflichtung zur Schadenauskunft

Alle Auskünfte zum Schadenfall müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig machen. Von uns darüber hinaus geforderte Belege und sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erbracht werden. Sofern wir es für notwendig erachten, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Folgende Nachweise, die unser Eigentum werden, müssen uns eingereicht werden:

7.3.1 Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten. Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für

Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;

7.3.2 Rezepte zusammen mit der Arztrechnung und Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung;

7.3.3 ein ärztliches Attest des im Ausland behandelnden Arztes über die Notwendigkeit eines ärztlich angeordneten Rücktransportes. Hiervon unberührt bleibt die Notwendigkeit der Abstimmung mit dem Gesellschaftsarzt;

7.3.4 eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;

7.3.5 weitere Nachweise und Belege, die wir zur Prüfung unserer Leistungsverpflichtung als notwendig erachten und von Ihnen im Schadenfall anfordern und deren Beschaffung Ihnen billigerweise zugemutet werden kann.

7.4 Verpflichtung zur Sicherstellung von Ersatzansprüchen gegen Dritte

Steht Ihnen oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf uns über, soweit wir den Schaden ersetzen. Der übergegangene Anspruch kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden. Den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht müssen Sie unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren und bei dessen Durchsetzung, soweit erforderlich, mitwirken. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, kann der übergegangene Anspruch nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht. Ihre Ansprüche gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf uns im gesetzlichen Umfang über, soweit wir die entsprechenden Rechnungen ersetzt haben. Sofern erforderlich, sind Sie bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind Sie bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung uns gegenüber abzugeben.

7.5 Folgen bei einer Nichtbeachtung der Obliegenheiten

Verletzen Sie eine der vorgenannten Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

Im Fall 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.

8. Zahlung der Entschädigung

8.1 Fälligkeit unserer Zahlung

Sobald der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis vorliegt und wir unsere Zahlungspflicht und die Höhe der

Entschädigung festgestellt haben, zahlen wir diese innerhalb von 2 Wochen.

Haben wir unsere Zahlungspflicht festgestellt, lässt sich jedoch die Höhe der Entschädigung nicht innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenmeldung bei uns feststellen, können Sie einen angemessenen Vorschuss auf die Entschädigung verlangen.

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

8.2 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen

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 uns gemeldet, treten wir in Vorleistung. Entstehen dem Versicherten Nachteile, z.B. Verlust der Beitragsrückerstattung, werden wir dem Versicherten diese Nachteile ersetzen.

9. Geltendes Recht, Verjährung, Geltung für versicherte Personen

In Ergänzung dieser Bestimmungen gilt 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 bzw. der versicherten Person angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung Ihnen bzw. der versicherten Person in Textform zugeht. Alle Bestimmungen des Versicherungsvertrages gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen.

10. Mitteilungsform, Vertragssprache

Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.) und sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsnachweis genannte Adresse gerichtet werden. Die Vertragssprache ist Deutsch.