

Versicherungsbedingungen für die Auslandsrankenversicherung

Tarif HanseCOMPACT

VB-KV 2022 (B-GV-HC-D)

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

Wir sind die HanseMerkur Reiseversicherung AG mit Sitz in Hamburg. Versicherungsnehmer/-in ist eine natürliche oder juristische Person, die mit uns den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Das ist unser/unsere Vertragspartner/-in. Über den Vertrag ist eine bestimmte Person versichert. Das ist die versicherte Person. Diese bezeichnen wir in diesen Versicherungsbedingungen als „Sie“. Diese Versicherungsbedingungen gelten für den/die Versicherungsnehmer/-in und für die versicherte Person.

Ihre Versicherungsbedingungen bestehen aus 4 Abschnitten.

Im Abschnitt I befindet sich eine Übersicht über die Leistungsarten und die hierzu vorgesehenen tariflichen Leistungshöhen.

Im Abschnitt II finden Sie allgemeine Erläuterungen, u. a. zum Versicherungsschutz, zum Versicherungsvertrag und rechtliche Hinweise.

Im Abschnitt III befindet sich der genaue Wortlaut der Leistungsarten.

Im Abschnitt IV befindet sich ein Auszug aus dem deutschen Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Inhalt

Abschnitt I – Leistungsübersicht.....	2
Abschnitt II – Allgemeine Bestimmungen	3
1 Der Versicherungsschutz.....	3
1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?.....	3
1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz	3
1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?	3
1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?.....	3
1.5 Wie ist die Höchstdauer des Versicherungsschutzes?	3
2 Allgemeine Hinweise für Entschädigungszahlungen und zum geltenden Recht.....	3
2.1 Wann zahlen wir die Entschädigung?	3
2.2 Wer kann die Versicherungsleistung beanspruchen?	3
2.3 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?	3
2.4 Wann verjähren Ihre Ansprüche?	3
2.5 Welches Gericht ist zuständig?	3
2.6 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?	3
3 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?.....	4
3.1 Wem können Sie einen Schadenfall melden?.....	4
3.2 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich?.....	4
3.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?	4
3.4 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?.....	4
3.5 Zustimmung zum Rücktransport	4
3.6 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?	4
Abschnitt III – Leistungsbeschreibung.....	4
1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz.....	4
1.1 Was ist ein Versicherungsfall?.....	4
1.2 Zwischen welchen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?.....	4
1.3 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?	4
2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?.....	5
2.1 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?.....	5
2.2 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?.....	5
2.3 Was leisten wir zusätzlich für Kinder?	5
2.4 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?	5
2.5 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?.....	5
2.6 Was leisten wir bei Schwangerschaft?	6
2.7 Krankentransport	6
2.8 Was leisten wir, wenn die versicherte Person stirbt?	6
2.9 Nachleistung im Ausland.....	6
2.10 Sonstige Leistungen	6
3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	6
3.1 In welchen Fällen können wir die Leistung herabsetzen?	6

3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht?	6
Abschnitt IV – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	6
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit	6
§ 35 Aufrechnung durch den Versicherer	7
§ 44 Rechte des Versicherten	7
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen	7
Schlichtungsstellen	7

Abschnitt I – Leistungsübersicht

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

Versicherte Leistungen der Auslandskrankenversicherung		Leistungshöhen
2.1	Ambulante Heilbehandlung	
2.1.1	Heilbehandlungen	100 %
2.1.2	Krankentransporte	100 %
2.1.3	Rehabilitationsmaßnahmen	100 %
2.2	Stationäre Heilbehandlung	
2.2.1	Heilbehandlungen inklusive Unterkunft im Einbettzimmer	100 %
2.2.2	Krankentransport	100 %
2.2.3	Information der Angehörigen	100 %
2.2.4	Alternativ wahlweise Krankenhaustagegeld zu Ziffer 2.2.1 bis 2.2.2, pro Tag	50,- EUR
2.3	Leistungen für Kinder	
2.3.1	Begleitperson im Krankenhaus	100 %
2.3.2	Betreuungskosten für minderjährige Kinder	3.000,- EUR
2.4	Zahnärztliche Behandlungen	
2.4.1	Schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen	100 %
2.4.2	Zahnfüllungen in einfacher Ausführung	100 %
2.4.3	Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz	100 %
2.4.4	Zahnersatz aufgrund eines Unfalls	5.000,- EUR
2.5	Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel	
2.5.1	Medikamente und Verbandmittel	100 %
2.5.2	Heilmittel	100 %
2.5.3	Hilfsmittel a) Unfallbedingte Hilfsmittel b) Reparaturen von vorhandenen Hilfsmitteln	100 % 500,- EUR
2.6	Schwangerschaft	
2.6.1	Untersuchungen und Behandlungen bei Komplikationen, Frühgeburt, Fehlgeburt	100 %
2.6.2	Heilbehandlungskosten für ein Frühgeborenes	100 %
2.7	Krankenrücktransport	100 %
2.8	Überführungs- oder Bestattungskosten	100 %
2.9	Nachleistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit	100 %
2.10	Sonstige Leistungen	
2.10	Informationen über Ärztinnen bzw. Ärzte und Krankenhäuser im Einsatzland	100 %

Abschnitt II – Allgemeine Bestimmungen

1 Der Versicherungsschutz

1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?

1.1.1 Versicherungsnehmer/-in ist die juristische Person, die mit der HanseMerkur den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

1.1.2 Sie sind eine versicherte Person, sobald der Gruppenversicherungsvertrag zustande gekommen ist, jedoch frühestens mit dem Tag seines Beginns und soweit Sie versicherungsfähig sind.

Versicherungsfähig sind Sie,

- als Mitarbeiter des Versicherungsnehmers,
- sofern Sie sich vorübergehend im Ausland (Einsatzland) aufhalten.

Personen, die im Auftrag des Versicherungsnehmers handeln, zählen ebenfalls als Mitarbeiter.

1.1.3 Personen, die

- die Voraussetzungen der Ziffer 1.1.2 nicht erfüllen oder
- im Einsatzland der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterliegen oder
- eine Tätigkeit als Berufssportler ausüben oder
- dauernd pflegebedürftig sind, sowie Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist, sind nicht versicherungsfähig. Die Aufnahme in den Versicherungsvertrag kommt auch nicht durch Anmeldung im Gruppenversicherungsvertrag oder durch Zahlung der Prämie zustande.

Für die Einordnung der Teilhabe am allgemeinen Leben 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.

1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Reiseantritt und Verlassen Ihres Heimatlandes (Grenzübertritt).

1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz endet spätestens

- mit Beendigung des Versicherungsvertrages
- nach der vereinbarten Dauer
- mit dem 68. Geburtstag der versicherten Person
- mit Beendigung der Reise mit der Rückkehr (Grenzübertritt) in Ihr Heimatland
- im Falle eines Rücktransportes mit Ankunft im nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland
- wenn die Voraussetzungen für eine Versicherungsfähigkeit (Ziffer 1.1.2) entfallen.

1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?

Für bereits angetretene Reisen besteht nur Versicherungsschutz, wenn dies im Gruppenversicherungsvertrag vereinbart wurde.

Der Versicherungsschutz gilt für Auslandsreisen. Als Ausland gilt das Staatsgebiet, in dem Sie entsendet wurden. Nicht als Ausland gilt das Staatsgebiet, in dem Sie vor Entsendung einen Wohnsitz hatten (Heimatland).

1.5 Wie ist die Höchstdauer des Versicherungsschutzes?

Die Höchstversicherungsdauer beträgt 92 Tage.

2 Allgemeine Hinweise für Entschädigungszahlungen und zum geltenden Recht

2.1 Wann zahlen wir die Entschädigung?

2.1.1 Wir zahlen innerhalb von 2 Wochen. Voraussetzung ist,

- dass unsere Pflicht, zu leisten, dem Grunde und der Höhe nach festgestellt ist und
- dass uns die notwendigen Nachweise – diese gehen in unser Eigentum über – vorliegen.

Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange wir Ihren Anspruch durch Ihr Verschulden nicht prüfen können.

2.1.2 Wir rechnen Ihre Kosten in ausländischer Währung zum Kurs des Tages in EUR um, an dem wir die Belege erhalten. Es gilt der amtliche Devisenkurs, außer Sie haben die Devisen zur Bezahlung der Rechnung zu einem ungünstigeren Kurs gekauft. Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:

- Kosten für die Überweisung von Leistungen ins Ausland oder
- für besondere Überweisungsformen, die Sie beauftragt haben.

2.1.3 Möglicherweise haben Sie einen Versicherungsschutz auch bei anderen Versicherern. Das kann z. B. die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer privater Versicherer sein. Haben Sie deshalb Ansprüche bei anderen Versicherern, sind diese vorrangig.

Ihnen stehen insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten zu. Wenn Sie einen Anspruch auf Leistung bei mehreren Versicherern haben, können Sie wählen, welchem Versicherer Sie den Schaden melden.

Wenn Sie den Schaden zuerst bei uns melden, werden wir Ihnen die Kosten erstatten, die in diesem Tarif versichert sind. Danach werden wir mit den anderen Versicherern klären, ob sie sich an den Kosten beteiligen. Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einer privaten Krankenversicherung, wenn Ihnen hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.

Weitere Informationen darüber lesen Sie unter Ziffer 3.4.2.

2.2 Wer kann die Versicherungsleistung beanspruchen?

Den Anspruch auf die Versicherungsleistung haben Sie. Die Regelung von § 44 Absatz 2 VVG (siehe Abschnitt IV) gilt nicht.

Sollten wir Forderungen gegen den Versicherungsnehmer haben, dürfen wir diese gegen Ihren Anspruch nicht aufrechnen. Die Vorschrift des § 35 VVG (siehe Abschnitt IV) ist abbedungen.

2.3 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

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

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.hmr.de/datenschutz/information oder fordern Sie sie gern bei uns an.

2.4 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

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

2.5 Welches Gericht ist zuständig?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem

- wir unseren Sitz haben oder
- der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.

2.6 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, elektronischer Datenträger etc.). Die Vertragssprache ist Deutsch.

3 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?

3.1 Wem können Sie einen Schadenfall melden?

Schadensmeldungen senden Sie bitte formlos an:
HanseMerkur Reiseversicherung AG, Abt. RLK/Leistung,
Postfach, 20352 Hamburg,
E-Mail: reiseleistung@hansemerkur.de.
Sie können auch unser Online-Formular
<https://mein-hmr.de/service/schadenmeldung/> nutzen.
Bei Notfällen hilft Ihnen unser 24-Stunden-Notruf-Service.
Diesen erreichen Sie zu jeder Zeit und weltweit.

3.2 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich?

Im Falle einer stationären Behandlung nehmen Sie bitte vor Beginn umfänglicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich mit unserem Notfall-Service Kontakt auf.

Für die Behandlungen

- von Zahnersatz
- Kieferorthopädie

ist in jedem Fall vor Inanspruchnahme der Leistungen ein Heil- und Kostenplan bzw. Kostenvoranschlag vorzulegen.

Im Falle eines medizinischen Notfalles ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes bzw. Kostenvoranschlages nicht erforderlich.

3.3 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

- 3.3.1 Alle Auskünfte zum Schadenfall müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig geben. Sie müssen uns jede Auskunft erteilen und geeignete Nachweise dafür erbringen, die wir brauchen, um feststellen zu können,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt und
- in welchem Umfang wir leisten.

Unsere Schadenanzeige müssen Sie vollständig ausgefüllt zurücksenden.

Halten wir es für notwendig, sind Sie verpflichtet, sich durch eine/einen unserer Ärztinnen/Ärzte untersuchen zu lassen.

- 3.3.2 Wir benötigen von Ihnen folgende Nachweise im Original, die unser Eigentum werden:

- Rezepte zusammen mit der Behandlungsrechnung
- Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung.
- Eine amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn eine Überführung bzw. Bestattung gezahlt werden soll.
- Weitere von uns angeforderte Nachweise und Belege, die wir benötigen, um unsere Leistungspflicht zu prüfen. Dies gilt nur, wenn Ihnen die Beschaffung billigerweise zumutbar ist.

Die Belege müssen

- den Namen der behandelten Person enthalten,
- die Krankheit benennen und
- die von der/dem Behandelnden erbrachten Leistungen nach
 - Art,
 - Ort und
 - Behandlungszeitraumenthalten.

Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis Rechnungskopien mit dem Erstattungsvermerk. Hierauf muss vermerkt sein, welche Positionen und in welcher Höhe erstattet wurden.

- 3.3.3 Sollten Leistungen für einen Rücktransport geltend gemacht werden, benötigen wir Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstehen würden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung der/des behandelnden Ärztin/Arztes im Ausland vorzulegen mit einer ausführlichen Begründung für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport.

3.4 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?

- 3.4.1 Halten Sie den Schaden möglichst gering und vermeiden Sie alles, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte.

- 3.4.2 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung im § 86 VVG (siehe Abschnitt IV) bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf uns über. Wir beachten, dass Ihnen daraus kein Nachteil entsteht. Sie sind, falls erforderlich, verpflichtet, bei der Durchsetzung des Ersatzanspruches mitzuwirken.

3.5 Zustimmung zum Rücktransport

Dem Rücktransport zum nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland müssen Sie bei Bestehen der Transportfähigkeit zustimmen, wenn wir den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigen.

3.6 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)?

Wenn Sie eine der oben genannten Pflichten verletzen, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir die Regelung des § 28 Absatz 2–4 VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt IV.

Abschnitt III – Leistungsbeschreibung

1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz

1.1 Was ist ein Versicherungsfall?

Ein Versicherungsfall ist Ihre medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder der Folgen eines Unfalles. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlung mehr notwendig ist. Als Versicherungsfall gelten auch

- medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft,
- Frühgeburten bis zur Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche,
- Fehlgeburten,
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche, sofern die Behandlungsnotwendigkeit bei Ihrer Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag noch nicht bestanden hat, sowie
- Tod.

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie unter Ziffer 2. Bitte lesen Sie auch Ziffer 3 aufmerksam durch. Hier ist geregelt, wann wir nicht leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

1.2 Zwischen welchen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Wählen Sie frei unter folgenden gesetzlich anerkannten und zur Heilbehandlung zugelassenen

- Ärztinnen und Ärzten,
- Zahnärztinnen/-ärzten und
- Krankenhäusern sowie
- Chiroprapeutinnen/Chiroprapeuten.

Voraussetzung dafür ist, dass diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung berechnen.

Das Krankenhaus muss

- anerkannt und zugelassen sein,
- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankenakten führen.

1.3 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen?

Wir leisten für

- Untersuchungen,

- Behandlungen und
 - Arzneimittel,
- die von der Schulmedizin anerkannt sind. Wir leisten auch für andere Methoden und Arzneimittel,
- die sich in der Praxis ebenso bewährt haben oder
 - die nur anstelle der Schulmedizin verfügbar sind.
- Zu diesen Methoden zählen z. B.
- homöopathische Behandlungen
 - anthroposophische Medizin oder
 - Pflanzenheilkunde.
- In diesen Fällen können wir die Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei vorhandener Schulmedizin anfällt.

2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Während Ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland ersetzen wir die nachstehenden Kosten bis zu den sogenannten Schwellenwerten der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen

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

Bei Ihrem Aufenthalt außerhalb Deutschlands ersetzen wir die nachstehenden Kosten nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren.

2.1 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?

Für folgende Leistungen erstatten wir die Kosten:

- 2.1.1 Heilbehandlungen.
- 2.1.2 Transport
 - zur/zum nächsterreichbaren geeigneten Ärztin/Arzt
 - zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus
 - zurück in die Unterkunft.
- 2.1.3 Rehabilitationsmaßnahmen.

2.2 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?

Sofern erforderlich, geben wir über unseren weltweiten Notruf-Service gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie ab.

Für folgende Leistungen erstatten wir die Kosten:

- 2.2.1 Heilbehandlung inklusive Unterkunft, auch in einem Einbettzimmer, Verpflegung und Pflege durch das Krankenhaus.
- 2.2.2 Transport
 - zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus
 - zurück in die Unterkunft.
- 2.2.3 Auf Wunsch und sofern möglich, informieren wir über unseren Notruf-Service Ihre Angehörigen über Ihre stationäre Behandlung.
- 2.2.4 Im Falle einer stationären Behandlung können Sie entscheiden:
 - Sie erhalten von uns eine Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen (Ziffer 2.2.1–2.2.2) oder
 - Sie erhalten ab Beginn der stationären Behandlung ein Tagegeld.

Dieses Wahlrecht haben Sie aber nur zu Beginn der stationären Behandlung. Das Wahlrecht entfällt, sofern wir eine Kostenübernahmeerklärung an Dritte abgegeben haben oder eine Zahlung an Sie oder Dritte vorgenommen haben.

2.3 Was leisten wir zusätzlich für Kinder?

- 2.3.1 Wir erstatten die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn die versicherte Person jünger als 18 Jahre alt ist.

- 2.3.2 Wir organisieren und bezahlen die Betreuung des minderjährigen Kindes (Kinder-Rückführung),
 - welches die Reise alleine fortsetzen oder abbrechen muss, und
 - sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an der Reise teilnehmende Betreuungsperson, die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig beenden kann.

2.4 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?

Für folgende Leistungen erstatten wir die Kosten:

- 2.4.1 schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen.
- 2.4.2 Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.
- 2.4.3 Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, soweit sich die Reparaturnotwendigkeit erst nach Beginn des Versicherungsschutzes ergeben hat.
- 2.4.4 Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles
 - während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist oder
 - repariert werden muss.

2.5 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel?

Wir leisten, wenn diese

- von einer/einem der unter Ziffer 1.2 aufgeführten Behandelnden verordnet wurden und
- medizinisch notwendig sind.

2.5.1 Medikamente und Verbandmittel

Medikamente müssen Sie aus der Apotheke beziehen. Als Medikamente gelten nicht, auch wenn sie verordnet sind:

- Nähr- und Stärkungsmittel sowie
- kosmetische Präparate.

2.5.2 Heilmittel

Das sind Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen. Hierzu gehören auch

- Massagen,
- medizinische Packungen,
- Inhalationen,
- Krankengymnastik.

2.5.3 Hilfsmittel

Versichert sind

- a) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie
 - infolge eines Unfalls erstmals notwendig werden und
 - der Behandlung der Unfallfolgen dienen.

- b) Reparaturen von vorhandenen Hilfsmitteln, soweit hierüber unsere schriftliche Zusage vorher eingeholt wurde.

Als Hilfsmittel im Sinne dieses Tarifs gelten:

- Bandagen, Bruchbänder, Einlagen,
- Gehstützen und Kompressionsstrümpfe
- Hörgeräte,
- Korrekturschienen,
- Kunstglieder/Prothesen,
- Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrräder,
- Infusionspumpen,
- Inhalationsgeräte,
- Überwachungsmonitore für Säuglinge,
- orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate und
- Sprechgeräte.

2.6 Was leisten wir bei Schwangerschaft?

- 2.6.1 Wir erstatten die Kosten
- für Untersuchungen und/oder Behandlungen wegen Schwangerschaftskomplikationen,
 - bei einer Fehlgeburt sowie
 - für eine Entbindung vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche.
- 2.6.2 Sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, ersetzen wir bei einer Frühgeburt vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche die Kosten der notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes. Diese Leistung gewähren wir für den Zeitraum bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind.

2.7 Krankenrücktransport

Benötigen Sie einen Rücktransport zum nächsten geeigneten Krankenhaus an Ihren Wohnort im Heimatland? Wir organisieren ihn und ersetzen die Kosten, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar.
- Nach der Prognose der/des behandelnden Ärztin/Arztes übersteigt die Dauer der Behandlung im Krankenhaus im Ausland voraussichtlich 14 Tage.
- Die weitere Heilbehandlung im Ausland kostet voraussichtlich mehr als der Rücktransport.

Wir übernehmen auch die Kosten für den Transport einer mitversicherten Begleitperson, soweit die Begleitung

- medizinisch erforderlich,
- behördlich angeordnet oder
- seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Wir erstatten die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste geeignete Transportmittel.

2.8 Was leisten wir, wenn die versicherte Person stirbt?

Wir organisieren die Überführung der verstorbenen Person an den Wohnsitz in seinem ursprünglichen Land und übernehmen die Kosten hierfür. Alternativ erstatten wir die Kosten, um die verstorbene Person im Einsatzland zu bestatten. Wir erstatten aber höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

2.9 Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht der HanseMerkur im Rahmen dieses Tarifes bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von 3 Monaten weiter.

2.10 Sonstige Leistungen

Im Versicherungsfall informieren wir Sie über eine mögliche ärztliche Versorgung. Wenn möglich, nennen wir Ihnen mehrsprachige Ärzte. Rufen Sie unseren weltweiten Notruf-Service an.

3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

3.1 In welchen Fällen können wir die Leistung herabsetzen?

- 3.1.1 Wir können die Leistungen auf einen angemessenen Betrag reduzieren, wenn
- die Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
 - die Kosten der Heilbehandlung das ortsübliche Maß übersteigen.
- 3.1.2 Nehmen Sie keine Schulmedizin in Anspruch, können wir die Leistung reduzieren. Wir erstatten den Betrag, der bei vorhandenen schulmedizinischen Methoden oder Arzneimitteln anfällt (Näheres dazu unter Ziffer 1.3).

3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist:

- 3.2.1 Wenn Sie
- arglistig über Umstände zu täuschen versuchen, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind oder
 - den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.
- Ist die Täuschung durch ein rechtskräftiges Strafurteil festgestellt, gilt dies als bewiesen.
- 3.2.2 Für die bei Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag 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 Aufnahme in den Versicherungsvertrag behandelt worden sind.
- 3.2.3 Für Behandlungen, die
- der alleinige Grund oder
 - einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.
- 3.2.4 Für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen. Ist der Vorsatz durch ein rechtskräftiges Strafurteil festgestellt, gilt dies als bewiesen.
- 3.2.5 Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und Todesfälle die durch
- vorhersehbaren Krieg,
 - vorhersehbare innere Unruhen,
 - aktive Teilnahme an inneren Unruhen oder an Krieg,
 - Beschlagnahme, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand
- entstehen.
- Als vorhersehbar gelten Krieg oder innere Unruhen, wenn das Auswärtige Amt Deutschlands – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht.
- 3.2.6 Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.
- 3.2.7 Für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- 3.2.8 Für Behandlungen in einem Heilbad oder Kurort.
- Ausnahme:**
- Die Heilbehandlung ist durch einen dort eintretenden Unfall notwendig oder
 - Sie haben sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zum Zweck einer Kur aufgehalten und erkranken dort.
- 3.2.9 Für Behandlungen durch
- Ehegattin/Ehegatte
 - Eltern
 - Kinder
 - Personen, mit denen Sie zusammenleben.
- Für nachgewiesene Sachkosten leisten wir auch in diesen Fällen.
- 3.2.10 Für Behandlungen oder Unterbringung aufgrund
- Siechtum,
 - Pflegebedürftigkeit oder
 - Verwahrung.
- 3.2.11 Für Immunisierungsmaßnahmen.
- 3.2.12 Für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen.

Abschnitt IV – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. 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 groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 35 Aufrechnung durch den Versicherer

Der Versicherer kann eine fällige Prämienforderung oder eine andere ihm aus dem Vertrag zustehende fällige Forderung gegen eine Forderung aus der Versicherung auch dann aufrechnen, wenn diese Forderung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten zusteht.

§ 44 Rechte des Versicherten

(1) ¹Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. ²Die Übermittlung des Versicherungsscheins kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers nur dann über seine Rechte verfügen und diese Rechte gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) 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.

(2) 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 mitzuwirken. 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 groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Schlichtungsstellen

Wir weisen Sie an dieser Stelle auf die Möglichkeit zur außergerichtlichen Streitbeilegung hin.

Für die Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch eine freiwillige Mitgliedschaft der HanseMerkur im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. satzungsgemäß die Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle.

Ombudsman

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Hotline: 01802 550 444

Fax: 030 204 589 31

Weitere Informationen finden Sie im Internet:
www.pkv-ombudsman.de.