Hauptverwaltung:
Siegfried-Wedells-Platz 1 • 20354 Hamburg

HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung für beliebig viele Reisen VB-KV 2009 (RKJ)

§ 1 - Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind
   a) Personen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland;
   b) Familien mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland; als Familie gelten maximal zwei Erwachsene und Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die in einem gemeinsamen Haushalt leben. Für mitversicherte Kinder, die allein reisen, besteht ebenfalls Versicherungsschutz.
3. Änderungen, Mitversicherungen weiterer Personen und/oder Kündigungen einzelner versicherter Personen sind nur zum Zeitpunkt der auf die Beantragung folgenden Prämienfälligkeit möglich. Im Falle der ordentlichen Kündigung für einzelne versicherte Personen durch den Versicherungsnehmer wird keine Kündigungsbestätigung vom Versicherer ausgestellt.

§ 2 - Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsvertrag ist vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres (Versicherungsjahr) abzuschließen. Geschieht dies nicht, besteht Versicherungsschutz nur für die folgenden Reisen, nicht jedoch für die bereits begonnene Reise. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für die Reise, die nach Vertragsabschluss, aber vor Versicherungsbeginn angetreten wird, und für die Versicherungsfälle, die während dieser Reise nach Versicherungsbeginn eintreten. Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. den Versicherer mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf schriftlich gekündigt wird oder sonstige Beendigungsgründe vorliegen.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person gemäß § 1 Ziffer 2 die Versicherung beantragt und die Prämie abgebucht, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
3. Versicherungsnehmer und Versicherer haben das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen. Erfolgt die Kündigung durch den Versicherer während einer bereits angetretenen Reise, so wird die Kündigung jedoch auf keinen Fall vor Beendigung dieser Reise wirksam.
4. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Erfolgt die Kündigung einzelner versicherter Personen durch den Versicherer, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Kündigung wirksam ist.
5. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird die Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
6. Die gesetzlichen Bestimmungen über das ordentliche, sowie die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
7. Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben.

§ 3 - Prämie

1. Zahlung der Erstprämie
   a) Die Erstprämie gilt für ein Versicherungsjahr. Sie ist zu Beginn des Versicherungsjahres fällig und wird vom Versicherer unverzüglich nach Mandatserteilung von dem durch den Versicherungsnehmer benannten Konto abgerufen. Andere Zahlweisen sind ausgeschlossen.
   b) Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
   c) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung der Folgeprämien
   a) Die Folgeprämie gilt jeweils für ein Versicherungsjahr. Sie ist jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres fällig und wird vom Versicherer unverzüglich nach Mandatserteilung von dem durch den Versicherungsnehmer benannten Konto abgerufen. Andere Zahlweisen sind ausgeschlossen.
   b) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Monaten.
   c) Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
   d) Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Monaten mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
   e) Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Absatz 2 c) bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis über die Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Absatz 2 c) bleibt hiervon unberührt.
3. Die Prämie für eine versicherte Person oder eine Familie ergibt sich aus der Prämienübersicht.
   a) Die Prämie für eine versicherte Person wird nach Beitragsklassen unterschieden:
      Beitragsklasse I: bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres,
      Beitragsklasse II: ab dem 66. Lebensjahr bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres,
      Beitragsklasse III: ab dem 76. Lebensjahr.
   b) Sofern sich die Beitragsklasse einer versicherten Person aufgrund des neu erreichten Lebensalters ändert, erfolgt die entsprechende Umstufung in die neue Beitragsklasse bei der folgenden Prämienfälligkeit durch den Versicherer, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung bedarf.
   c) Sofern in der Familienversicherung versicherte Kinder das 21. Lebensjahr vollendet haben, erfolgt die Umstellung der versicherten Person in die Beitragsklasse I, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung des Versicherers bedarf.
   d) Sofern die Voraussetzungen der Familienversicherung entfallen, erfolgt die Umstellung der versicherten Personen in Einzelversicherungen nach Beitragsklassen, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung des Versicherers bedarf.
   e) Bei Änderungen der Beitragsklasse und bei der Umwandlung einer Familienversicherung in Einzelversicherungen kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen.

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

1. Geltungsbereich
   Versicherungsschutz besteht weltweit im Ausland. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gelten nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland und das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat.
2. Beginn
   Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages, nicht vor Antritt der Auslandsreise und nicht vor Zahlung der Prämie. Ist zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns die Reise bereits angetreten, besteht Versicherungsschutz erst für die folgenden Reisen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für die Reise, die nach Vertragsabschluss, aber vor Versicherungsbeginn angetreten wird, und für die Versicherungsfälle, die während dieser Reise nach Versicherungsbeginn eintreten. Bitte beachten Sie auch § 3 Ziffer 2 dieser Versicherungsbedingungen.
3. Dauer bei Urlaubsreisen
   Versicherungsschutz besteht für alle Urlaubsreisen ins Ausland, die von der versicherten Person während der Vertragslaufzeit angetreten werden. Die Dauer der einzelnen Urlaubsreise darf dabei jedoch einen Zeitraum von 56 Tagen nicht überschreiten. Bei einer Urlaubsreise ins Ausland über einen Zeitraum von 56 Tagen hinaus, besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 56 Tage des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während der Urlaubsreise ins Ausland, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt wurde.
4. Dauer bei Geschäftsreisen
   Versicherungsschutz besteht ferner für alle Geschäftsreisen ins Ausland, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Die Dauer der einzelnen Geschäftsreise ins Ausland darf dabei jedoch einen Zeitraum von zehn Tagen nicht überschreiten. Im Übrigen gelten Ziffer 3 Satz 3 und 4 entsprechend.
5. Ende
   Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle
   a) mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes;
   b) spätestens mit Ablauf der ersten 56 Tage einer Urlaubsreise oder der ersten 10 Tage einer Geschäftsreise eines Auslandsaufenthaltes;
   c) mit Ende des Versicherungsvertrages;
   d) für mitversicherte Kinder in der Familienversicherung gemäß § 1 Ziffer 2 spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung des Versicherers bedarf. Es erfolgt im Anschluss eine Umstellung auf die entsprechende Einzeltarifprämie gemäß § 3 Ziffer 3 c).

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

1. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt bei Eintritt des Versicherungsfalles im Ausland Aufwendungen für
   a) ambulante und stationäre Heilbehandlung;
   b) medizinisch sinnvollen, ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
   c) Überführungen oder Bestattungen;
   d) sonstige Leistungen gemäß Ziffer 4.
   Für weiterführende Behandlungen innerhalb Deutschlands werden keine Leistungen gewährt.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. Werden alle im Ausland angefallenen Heilbehandlungskosten, die unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fallen, vor Inanspruchnahme der HanseMerkur einem anderen Leistungsträger/Versicherer eingereicht, der sich an der Kostenerstattung beteiligt, zahlt die HanseMerkur über die Kostenerstattung hinaus
   - bei einer stationären Behandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR täglich, maximal für 14 Tage;
   - bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) zusätzlich einmalig einen Betrag von 25 EUR pro behandelte Person.
5. Heilbehandlungskosten
   Der Versicherer erstattet die während des Auslandsaufenthaltes in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen. 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
   a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
   b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (nicht als Medikamente gelten, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
   c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
   d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt max. 300 EUR je Reise;
   e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
   f) Röntgendiagnostik;
   g) stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Anstelle von Kostenersatz kann ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR pro Tag beansprucht werden;
   h) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus bzw. Arzt und zurück in die Unterkunft;
   i) Operationen;
   j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz.
6. Neugeborene
   Nach Zustandekommen des Vertrages geborene Kinder werden beitragsfrei bis zur nächsten Prämienfälligkeit mitversichert. Dies gilt für den Bereich der Einzelversicherung und der Familienversicherung. Für Neugeborene, die während der versicherten Reise geboren werden, werden die Kosten übernommen, sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Zur nächsten Prämienfälligkeit wird die Prämie entsprechend berechnet.
7. Krankenhaustagegeld/Betreuungskosten für minderjährige Kinder
   a) Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstattet die HanseMerkur die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus. Wahlweise kann ein Krankenhaustagegeld von 25,- EUR täglich, längstens für 20 Tage beansprucht werden.

b) Die HanseMerkur organisiert und bezahlt die Betreuung des minderjährigen Kindes, welches die Reise allein fortsetzen oder abbrechen muss, sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an einer Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden minderjährigen Kindes die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig beenden kann.

8. Rücktransport
   Der Versicherer ersetzt die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt wird:
   a) Der Rücktransport wird vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet und ist medizinisch sinnvoll und vertretbar. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
   b) Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage;
   c) Die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

   Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
9. Überführung
   Im Falle des Ablebens einer versicherten Person übernimmt der Versicherer die durch Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehenden Kosten bis zu 10.000 EUR.
10. Bestattung im Ausland
    Der Versicherer übernimmt die Kosten einer Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000 EUR. Hierzu gehören nicht die Kosten für den Kauf einer Grabstelle, eines Grabsteines, die Ausrichtung von Trauerfeiern und dgl.
11. 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 (einschl. eines dann evtl. notwendig werdenden Rücktransportes) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

§ 6 - Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht:
   a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
   b) für 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 1. Grades unternommen wurde;
   c) für 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;
   d) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
   e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, 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;
   f) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
   g) für ambulante Heilbehandlungen 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;
   h) für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
   i) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   j) für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   k) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
   l) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
   m) für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
   n) für Immunisierungsmaßnahmen;
   o) für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
   p) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
   q) für Vorsorgeuntersuchungen;
   r) für Organspenden und deren Folgen.
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, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet,
   a) nach Eintritt des Versicherungsfalles den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
   b) der HanseMerkur jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
   c) im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zum weltweiten Notruf-Service der HanseMerkur aufzunehmen;
   d) dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn die HanseMerkur den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Folgen von Obliegenheitsverletzung
   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.

§ 8 - Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise, diese werden Eigentum des Versicherers, erbracht sind:
   a) 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 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) Bei Anspruch auf Krankenhaustagegeld ist eine Bescheinigung des Krankenhauses über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie das Aufnahme- und Entlassungsdatum enthält;
d) Nachweis über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, 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;
e) zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
f) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise.

2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
3. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die HanseMerkur im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt und die HanseMerkur hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der HanseMerkur schuldhaft nicht entbunden werden.
4. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
5. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
6. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 9 - Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Die HanseMerkur wird auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
2. 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.
3. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf die HanseMerkur im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber der HanseMerkur abzugeben.

§ 10 - Aufrechnung

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

§ 11 - Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 12 - Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

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

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

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.

Ombudsmann

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-ombudsmann.de.

Wir weisen Sie an dieser Stelle auch auf die Möglichkeit zur außergerichtlichen Online-Streitbeilegung hin. Die EU-Kommission hat hierfür eine online-Plattform bereitgestellt, die Sie über folgenden Link erreichen: www.ec.europa.eu/consumers/odr.