Hauptverwaltung:
Siegfried-Wedells-Platz 1 • 20354 Hamburg

HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG für ausländische Gäste mit Visum VB-KV 2008 (AGV)

§ 1 - Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 75. Lebensjahr (75. Geburtstag), die mit einem Visum eine Reise durchführen, sofern sie
   a) eine ausländische Staatsangehörigkeit haben und sich nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union oder der Schweiz sowie Liechtenstein aufhalten;
   b) die deutsche Staatsangehörigkeit haben und seit mehr als zwei Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben. Als Ausland gilt dann auch das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
   a) dauernd pflegebedürftig sind, sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
   b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Sportler ausüben;
   c) einen befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland besitzen und bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von fünf Jahren überschritten hat.

§ 2 - Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist innerhalb von 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein zu stellen. Das Datum der Einreise ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Ablauf der Frist von einem Monat ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht möglich.
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 die Versicherung auf dem hierfür vom Versicherer vorgesehenen Bankeinzahlungsvordruck beantragt, kommt der Vertrag durch Zahlung der Prämie zustande, sofern die Zahlung eindeutige und vollständige Angaben über Versicherungsbeginn, über das vom Versicherungsnehmer ausgewählte Produkt sowie die zu versichernden Personen enthält.
3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gem. § 1 Ziffer 2 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
4. Sofern für die versicherte Person bereits ein Vertrag nach diesem Tarif (AGV) bestanden hat und diese einen vorübergehenden Aufenthalt in den Ländern der Europäischen Union, der Schweiz oder Liechtenstein beendet hat, ist der Abschluss eines erneuten Vertrages nach einer erneuten Einreise nur nach einer mindestens zweimonatigen Aufenthaltsdauer im Heimatland möglich. Wird dennoch für eine von dieser Regelung betroffene Person die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender zur Verfügung.
5. Der Versicherungsvertrag muss bei einer Versicherung für eine Einzelreise für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
6. Die Höchstversicherungsdauer beträgt ein Jahr. Eine Verlängerung ist im Rahmen einer vertraglich eigenständigen Einzelversicherung nur mit Zustimmung des Versicherers möglich, und zwar nur bis zu einer Gesamtversicherungsdauer von höchstens fünf Jahren.
7. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes kann ein eigenständiger Verlängerungsvertrag unter den folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
   a) Der Antrag auf Verlängerung muss auf dem von der HanseMerkur hierfür vorgesehenen Formblatt erfolgen und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der HanseMerkur eingereicht werden.
   b) Die HanseMerkur muss dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.
   c) Bei Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland ist eine Verlängerung nur möglich, sofern unter Berücksichtigung aller vorbestehenden Krankenversicherungsverträge mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland eine Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren nicht überschritten wird. Die HanseMerkur ist vom Versicherungsnehmer über alle vorbestehenden Krankenversicherungsverträge, welche während des vorübergehenden Aufenthaltes bestanden haben, zu informieren.

   Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.
8. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses 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.
9. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
10. Der Versicherungsvertrag endet
    a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
    b) 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 2 Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;
    c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in den Ländern der EU, der Schweiz oder Liechtenstein,
    wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in den Ländern der EU, Schweiz oder Liechtenstein entschieden hat oder
    wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
    d) bei versicherten Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland nach einer Gesamtversicherungsdauer von fünf Jahren zum Zeitpunkt der Überschreitung dieses Zeitraumes. Dieses gilt auch unter der Berücksichtigung der Versicherungsverträge, die vorher nicht bei der HanseMerkur bestanden haben.

§ 3 - Prämie

1. Die Prämie ist eine Einmalprämie, ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht und ist bei Abschluss des Vertrages zu zahlen.
2. Wird die Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist die HanseMerkur, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
3. Ist die Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

1. Geltungsbereich
   a) Die HanseMerkur bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise mit einem Visum nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser

Bestimmungen, wobei die Gesamtleistung auf 50.000,– EUR begrenzt ist.

b) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.

c) Abweichend von b) besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz:

Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal sechs Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn.

Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 8 Ziffer 1 e).

2. Beginn
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch
a) nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
b) nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein;
c) nicht vor Zahlung der Prämie;
d) nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
3. Sofern Versicherungsschutz für einen Zeitraum von bis zu 90 Tagen innerhalb eines Jahres gewählt wurde, besteht Versicherungsschutz für alle vorübergehenden Reisen, die von der versicherten Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages innerhalb eines Jahres ab Vertragsbeginn angetreten werden, bis zu einer Gesamtreisedauer von 90 Tagen pro Jahr.
4. Ende
Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle
a) zu dem vereinbarten Zeitpunkt;
b) mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
c) spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes der versicherten Personen in der Bundesrepublik Deutschland, den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein;
d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland oder den Ländern der Europäischen Union sowie in der Schweiz oder Lichtenstein nicht mehr vorliegen
e) da sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in den Ländern der EU, Schweiz oder Liechtenstein entschieden hat oder
f) da die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;.
g) mit Erreichen der Gesamtreisedauer von 90 Tagen bei einem Versicherungsschutz für einen Zeitraum von bis zu 90 Tagen innerhalb eines Jahres.
5. Nachhaftung
Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs
a) bei Vertragsdauern von bis zu sechs Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von einem Monat weiter;
b) bei Vertragsdauern von über sechs Monaten, einschl. aller Vertragsverlängerungen, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten weiter.

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

I. Allgemeines

1. Die HanseMerkur leistet Entschädigung für unvorhergesehene akut auf der Reise eintretende Versicherungsfälle. Die Leistungen sind begrenzt auf 50.000,– EUR.
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
a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat;
b) 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. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. In den Ländern der Europäischen Union sowie der Schweiz oder Liechtenstein steht der versicherte 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 die ortsübliche Gebühr berechnen.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4 genannten behandelnden Personen verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl.
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.
7. 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 Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, dass in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerungen vom Verlängerungsbeginn an.
2. Die Wartezeit für Entbindungen beträgt acht Monate.

Heilbehandlungskosten bis zu insgesamt 50.000,– EUR

1. Der Versicherer erstattet während eines Aufenthaltes in Deutschland die entstandenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen

nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,

nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz,

nach den Abschnitten A,E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,

für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

Maximal werden Kosten erstattet bis zu einem Betrag von 50.000,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit.

2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
   a) ärztliche Behandlung einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat und Behandlung wegen Fehlgeburt;
   b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
   c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
   d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
   e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen bis zu einem Höchstbetrag von 300,00 EUR je Versicherungsjahr;
   f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
   g) Röntgendiagnostik;
   h) unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung;.
   i) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
   j) unaufschiebbare Operationen;
   k) Entbindungen nach Ablauf der Wartezeit;
3. Zahnbehandlungskosten
   Der Versicherer erstattet des weiteren unter Berücksichtigung von Abschnitt III Ziffer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:
   a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschl. Zahnfüllung in einfacher Ausführung
   b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen)

   Insgesamt erstattet der Versicherer für die genannten Zahnbehandlungskosten bei Vertragsdauern
   a) von bis zu sechs Monaten einschl. aller Vertragsverlängerungen maximal 300,– EUR,
   b) von über sechs Monaten einschl. aller Vertragsverlängerungen maximal 600,– EUR

   pro Versicherungsjahr und versicherter Person. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten.

IV. Rücktransport/Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet – außer bei einem Aufenthalt der versicherten Person in dem Land, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie einen Wohnsitz hat –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnort der versicherten Person bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,– EUR;
3. die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, bis zu 10.000,– EUR.

§ 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 und 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;
   b) 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;
   c) für solche Krankheiten einschl. ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, Kernenergie oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
   d) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschl. deren Folgen;
   e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
   f) für Entziehungsmaßnahmen einschl. Entziehungskuren;
   g) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen 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 Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   i) für Behandlungen durch Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
   j) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
   jk) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
   l) für Immunisierungsmaßnahmen;
   m) für Hilfsmittel;
   n) für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschl. Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehörige Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
   o) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
   p) für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
   q) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
   r) für Organspenden und Folgen.
2. Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
   a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
   b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die HanseMerkur arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. 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.

§ 7 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
   a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
   b) den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
   c) 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;
   d) im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zur HanseMerkur aufzunehmen.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur 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 entsprechendem 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) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
   d) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in den Ländern der Europäischen Union, der Schweiz und Liechtenstein;
   e) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
   f) auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über alle während des Aufenthaltes in Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für Bundesrepublik Deutschland.
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 Prüfung des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert ist.
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 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 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 Ende 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 auf Grund 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. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

§ 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.