

Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung der HanseMerkur Reiseversicherung AG VB-KV 2008 (JRV)

§ 1 - Versicherte Personen

1. Versichert sind die im Versicherungsschein oder der Reisebestätigung des Reiseveranstalters namentlich genannten Personen mit Wohnsitz in Deutschland, sofern die Versicherungsprämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind
 - a) Personen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres (in der Familienversicherung; Personen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres und Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)
 - b) Familien; als Familie gelten maximal zwei Erwachsene bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres 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.

§ 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 die 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 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 außerordentliches 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 per Lastschrift von dem durch den Versicherungsnehmer benannten Konto abgebucht. 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 per Lastschrift von dem durch den Versicherungsnehmer benannten Konto abgebucht. 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.

- a) 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. Buchstabe 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. Buchstabe 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 (65. Geburtstag);
Beitragsklasse II: ab dem 66. Lebensjahr bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres (75. Geburtstag).
 - b) Sofern sich die Beitragsklasse einer versicherten Person aufgrund des neu erreichten Lebensalters ändert, erfolgt die entsprechende Umstellung 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 (21. Geburtstag) 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.
 4. Bei Änderung der Beitragsklasse und bei 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, Abschluss, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz besteht weltweit im Ausland. Als Ausland gelten nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie 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 1 dieser Versicherungsbedingungen.
3. Dauer
Der Versicherungsschutz gilt für beliebig viele vorübergehende versicherte Reisen, die innerhalb eines Jahres angetreten werden. Bei einer Reisedauer über einen Zeitraum von 31 Tagen hinaus besteht die Leistungspflicht nur für die ersten 31 Tage der Reise. Endet das Versicherungsjahr während der Urlaubsreise, besteht der Versicherungsschutz nur fort, sofern der Vertrag nicht gekündigt worden ist.
4. Ende
Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle
 - a) mit dem vereinbarten Zeitpunkt;
 - b) spätestens mit Ablauf der ersten 31 Tage eines Auslandsaufenthaltes;
 - c) spätestens mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes;
 - d) mit Ende des Versicherungsvertrages;
 - e) für mitversicherte Kinder in der Familienversicherung gemäß § 1 Ziffer 2 b) 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 Einzeltarife gemäß § 3 Ziffer 3;
 - f) für Erwachsene spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, in der Familienversicherung gemäß § 1 Ziffer 2 b) spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung des Versicherers bedarf.
5. Der Versicherungsschutz verlängert sich über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, wenn sich die planmäßige Beendigung

der Reise aus Gründen verzögert, welche die versicherte Person nicht zu vertreten hat.

§ 5 - Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

1. 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.
 2. Die HanseMerkur erstattet die während einer Reise im Ausland in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen, ortsüblichen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung infolge von auf der Reise eintretenden Krankheiten und Unfällen. Des Weiteren werden die Mehrkosten für medizinisch sinnvolle, ärztlich angeordnete Krankenrücktransporte und die Überführung oder Bestattung bei Tod erstattet. 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. Darüber hinaus erstattet die HanseMerkur die Telefonkosten bis zur Höhe von 25 EUR je Versicherungsfall, die dem Versicherten durch die Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale der HanseMerkur entstehen.
 3. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin in Deutschland 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.
 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:
 - a) bei einer stationären Behandlung zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 50,- EUR täglich, maximal für 14 Tage;
 - b) bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) zusätzlich einmalig einen Betrag von 25,- EUR pro behandelter Person.
- #### I. Heilbehandlungskosten im Ausland
1. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten
 - a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburten), Behandlungen wegen Fehlgeburten sowie medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbrüche;
 - b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (als Medikamente gelten nicht auch wenn sie ärztlich verordnet sind Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
 - c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
 - e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und die der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - f) Röntgendiagnostik;
 - g) unaufschiebbare stationäre Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, welche im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt;
 - h) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und zurück in die Unterkunft;
 - i) unaufschiebbare Operationen;
 - j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, sofern diese durch einen Zahnarzt durchgeführt oder verordnet werden.
 2. Neugeborene
Bei einer Frühgeburt werden (in Abweichung von § 1) auch die Kosten der im Ausland notwendigen Heilbehandlung des neugeborenen Kindes bis zu einem Betrag von 50.000,- EUR übernommen.

3. 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.

II. Krankenrücktransport-/Überführungs-/Bestattungskosten

Die HanseMerkur erstattet

- die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland. Darüber werden die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person erstattet, sofern
 - nach der Prognose des behandelnden Arztes die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt,
 - die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen. Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.
- die notwendigen Mehrkosten, die im Falle des Ablebens einer versicherten Person durch die Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehen;
- die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

III. Krankenhausstagegeld

Bei Auslandsreisen erhalten versicherte Personen im Falle einer medizinisch notwendigen und vollstationären Heilbehandlung wegen einer während der Auslandsreise eingetretenen Krankheit oder Verletzung, **wahlweise** anstelle von Kostenersatzleistungen für die stationäre Heilbehandlung ein Krankenhausstagegeld von 50,- EUR pro Tag für maximal 30 Tage ab Beginn der medizinisch notwendigen und vollstationären Behandlung. Das Wahlrecht ist unverzüglich bei Beginn der stationären Behandlung auszuüben.

§ 6 - Einschränkung der Leistungspflicht

- Keine Leistungspflicht besteht
 - für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - 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 ersten Grades unternommen wurde;
 - 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;
 - für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - 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) erfolgt, zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus dient und Leistungen vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden;
 - für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - für 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;
 - für Aufwendungen, die durch Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen, die weder in der Bundesrepublik Deutschland noch im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannt sind. Hiervon ausgenommen sind Leistungen gemäß § 5 Ziffer 3;
 - 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;
 - für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für Behandlungen von Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - für Zahnersatz, Stützfüße, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlung, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funkti-

- onanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
- für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - für Immunisierungsmaßnahmen;
 - für Behandlungen wegen Störungen und/oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
 - für Selbstmord, Selbstmordversuche und deren Folgen;
 - für Vorsorgeuntersuchungen;
 - für Organspenden und deren Folgen.

- Die HanseMerkur ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
 - der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - 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.
- Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch vorhersehbaren Krieg, vorhersehbaren Bürgerkrieg, vorhersehbare kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Streik, Kernenergie, Beschlagnahmung, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand.
- Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, oder übersteigen die Kosten einer Heilbehandlung das ortsübliche Maß, so kann die HanseMerkur ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhausstagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 7 - Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- Obliegenheiten
Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, nach Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalles
 - den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerrhöhung führen könnte;
 - den Schaden der HanseMerkur unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, unter Einreichung sämtlicher relevanter Buchungsunterlagen anzuzeigen;
 - 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.
 - im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich Kontakt zum weltweiten Notfall-Service der HanseMerkur aufzunehmen;
 - 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.
- Rechtsfolgen bei 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

- Erstattet werden die in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten nach Maßgabe von § 8 Ziffer 8.
- Als Kostennachweise sind bezahlte Originalbelege einzureichen, die Angaben enthalten müssen über
 - den Namen und die Anschrift des Behandlers;
 - den Namen der behandelten Person;
 - die Krankheitsbezeichnung;
 - den Behandlungszeitraum;
 - die Art der erbrachten Leistungen.
- Bei einem ärztlich angeordneten Rücktransport ist zur Prüfung ein Attest des im Ausland behandelnden Arztes über die Notwendigkeit mit einzureichen. Hiervon unberührt bleibt die Notwendigkeit der Abstimmung mit dem Gesellschaftsarzt.
- Bei einer Überführung bzw. bei einer Bestattung im Ausland sind eine Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung mit Angaben über die Todesursache mit einzureichen.
- Liegt der Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis der HanseMerkur vor und ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen.
- 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.
- 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 deshalb die Höhe und Umfang des Leistungsumfanges 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.

- Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur 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.
- 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

- 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.
- 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.
- 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. 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 - Willenserklärung und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 12 - Anzuwendendes Recht/Vertragsprache

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

§ 13 - Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.