HanseMerkur

Leistungsübersicht

Mit dieser Tabelle möchten wir Ihnen einen schnellen Überblick zu den tariflichen Leistungen geben. Den genauen Wortlaut der versicherten Leistungen finden Sie unter den aufgeführten Ziffern im Abschnitt II in den Versicherungsbedingungen VB-KV 2026 (B-RKL-Out-D) Basic.

Auslandskrankenversicherung

Selbstbeteiligung

Ihre Selbstbeteiligung beträgt 100,– EUR je angefangenem Versicherungsjahr.

Ziffer	Versicherte Leistungen	Leistungshöhen
2.1	**Ambulante Heilbehandlungen**	100 %
2.2	**Stationäre Heilbehandlungen**	
2.2.1	Stationäre Heilbehandlungen	100 %
2.2.2	Krankentransporte	100 %
2.2.3	Wahlweise alternativ Tagegeld bis zu 14 Tage, pro Tag	50,– EUR
2.3	**Zahnärztliche Behandlungen**	
2.3.1	Schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen	100 %
2.3.2	Zahnfüllungen in einfacher Ausführung	100 %
2.3.3	Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz	100 %
2.3.4	Zahnersatz aufgrund eines Unfalls	500,– EUR
2.4	**Medikamente, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel**	
2.4.1	Medikamente und Verbandmittel	100 %
2.4.2	Heilmittel Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen	100 %
2.4.3	Hilfsmittel – Unfallbedingte Hilfsmittel – Reparaturen von vorhandenen Hilfsmitteln pro Versicherungsjahr	 100 % 250,– EUR
2.5	**Schwangerschaft**	
2.5.1	Untersuchungen; Behandlungen bei Komplikationen, Frühgeburt, Fehlgeburt	100 %
2.5.2	Vorsorgeuntersuchungen (nach 6 Monaten Wartezeit)	250,– EUR
2.5.2	Entbindung (nach 6 Monaten Wartezeit)	100 %
2.5.3	Heilbehandlungskosten des Frühgeborenen	100 %
2.6	**Krankenrücktransport, Überführung, Bestattung**	
2.6.1	Krankenrücktransport inklusive Transportkosten für eine Begleitperson	100 %
2.6.2	Überführung oder Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Überführungskosten	100 %
2.7	**Zusätzliche Serviceleistungen**	
2.7.1	Informationen über Ärztinnen bzw. Ärzte und Krankenhäuser am Aufenthaltsort	100 %
2.7.2	Informationsübermittlung zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten	100 %
2.8	**Aufwandsentschädigung**	
2.8.1	Bei stationären Behandlungen bis zu 14 Tage, pro Tag	50,– EUR
2.8.2	Bei ambulanten Behandlungen einmalig und unabhängig von der Anzahl der Behandlungen	25,– EUR

HanseMerkur

Versicherungsbedingungen für die Auslandskrankenversicherung

VB-KV 2026 (B-RKL-Out-D) Basic

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

Wir sind die HanseMerkur Reiseversicherung AG mit Sitz in Hamburg. Sie sind unsere Vertragspartnerin oder unser Vertragspartner, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Sie sind dadurch die sogenannte Versicherungsnehmerin oder Versicherungsnehmer. Eine versicherte Person sind Sie selbst, wenn Sie sich versichert haben und andere Personen, die Sie (mit-)versichert haben. Diese bezeichnen wir in diesen Versicherungsbedingungen als „Sie“. Diese Versicherungsbedingungen gelten für Sie als Versicherungsnehmerin oder Versicherungsnehmer und für Sie als versicherte Person.

Ihre Versicherungsbedingungen bestehen aus 3 Abschnitten.
Im Abschnitt I finden Sie insbesondere Erläuterungen zum versicherten Personenkreis, zu den Abschlussfristen und zur Prämienzahlung.
Im Abschnitt II befindet sich der genaue Wortlaut der Leistungsarten.
Im Abschnitt III befindet sich ein Auszug aus dem deutschen Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Inhalt

Leistungsübersicht ... 1
Abschnitt I – 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 Versicherungsjahr und Wartezeiten ... 3
2 Der Versicherungsvertrag ... 3
2.1 Bis wann schließen Sie den Vertrag ab? ... 3
2.2 Für welche Dauer schließen Sie den Vertrag ab? ... 4
2.3 Wann endet der Vertrag? ... 4
2.4 Wann zahlen wir die Entschädigung? ... 4
2.5 Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag? ... 4
2.6 Wann verjähren Ihre Ansprüche? ... 4
2.7 Welches Gericht ist zuständig? ... 4
2.8 Wie muss eine Erklärung aussehen, die Sie an uns richten? ... 4
3 Was muss bei der Prämienzahlung beachtet werden? ... 4
3.1 Prämienhöhe ... 4
3.2 Zahlung der ersten Prämie ... 4
3.3 Zahlung der Folgeprämien ... 4
3.4 Prämieneinzug ... 5
3.5 Aufrechnung ... 5
4 Allgemeine Hinweise für den Schadenfall ... 5
4.1 Wie können Sie uns den Schadenfall melden? ... 5
5 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)? ... 5
5.1 Wann ist eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit uns erforderlich? ... 5
5.2 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet? ... 5
5.3 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht? ... 5
5.4 Welche Rechtsfolgen haben Pflichtverletzungen (Verletzung von Obliegenheiten)? ... 5
Abschnitt II – Leistungsbeschreibung ... 5
1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz ... 5
1.1 Was ist ein Versicherungsfall? ... 5
1.2 Zwischen welchen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen? ... 5
1.3 Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht und behandelt werden müssen? ... 6
2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall? ... 6
2.1 Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen? ... 6
2.2 Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen? ... 6
2.3 Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen? ... 6
2.4 Was leisten wir für Medikamente, Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel? ... 6

2.5 Was leisten wir bei Schwangerschaft? 6
2.6 Was leisten wir bei Rücktransport, Überführung und Bestattung? 7
2.7 Welchen zusätzlichen Service bieten wir? 7
2.8 Wann erhalten Sie zusätzlich eine Aufwandsentschädigung? 7
3 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt? 7
3.1 In welchen Fällen können wir die Leistung herabsetzen? 7
3.2 In welchen Fällen leisten wir nicht? 7
Abschnitt III – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) 8
§ 19 Anzeigepflicht 8
§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers 8
§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers 8
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit 8
§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie 8
§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie 8
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen 9
§ 198 Kindernachversicherung 9
Schlichtungsstellen 9

Abschnitt I – Allgemeine Bestimmungen

1 Der Versicherungsschutz

1.1 Für wen besteht Versicherungsschutz?

1.1.1 Versichert sind Sie, wenn Sie
- im Versicherungsschein namentlich genannt sind und
- versicherungsfähig

sind.

1.1.2 Sie sind versicherungsfähig, wenn
- Ihr Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Antragstellung ordnungsgemäß bei einer deutschen Meldebehörde registriert ist und
- Sie das 75. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.1.3 Neugeborene von versicherten Personen sind mit der Geburt zum Tarif ihrer Eltern versichert. Voraussetzung ist, dass
- der Vertrag mindestens seit 3 Monaten ununterbrochen bestand und
- Sie das Neugeborene innerhalb von 2 Monaten nach dem Tag der Geburt rückwirkend bei uns versichern.

Hierbei beachten wir die Regelungen nach § 198 VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt III.

1.2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Sofern wir mit Ihnen keine andere Vereinbarung geschlossen haben, beginnt Ihr Versicherungsschutz, sobald Sie mit dem Grenzübertritt Deutschland verlassen haben.

1.3 Wann endet der Versicherungsschutz?

1.3.1 Ihr Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle
- mit Ende des Vertrages,
- nach der vereinbarten Dauer,
- mit dem 76. Geburtstag der versicherten Person oder
- mit Ende der Reise. Als Reise definieren wir die vorübergehende Abwesenheit von Ihrem Hauptwohnsitz.

1.3.2 Ihre Behandlung im Ausland dauert länger, weil
- Ihre Erkrankung über das ursprüngliche Ende des Versicherungsschutzes hinaus eine Heilbehandlung erfordert und
- Sie nicht transportfähig sind.

In diesem Fall verlängert sich die Dauer Ihres Versicherungsschutzes, bis Sie wieder transportfähig sind. Versichert ist dann auch der Rücktransport.

1.4 Für welche Reisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt für Auslandsreisen. Als Ausland definieren wir jedes Land außer der Bundesrepublik Deutschland.

1.4.1 Versicherungsschutz im Ausland außerhalb des versicherten Bereiches

Haben Sie einen Tarif abgeschlossen, der einige Länder vom Versicherungsschutz ausgenommen hat (z. B. bei Tarifen ohne USA und Kanada)? Sie haben dennoch für diese Länder Versicherungsschutz:
- bei einem Transitaufenthalt für die Dauer des Transits oder
- bei Versicherungsverträgen von mindestens 6-monatiger Dauer für einen Aufenthalt von bis zu 14 Tagen je Versicherungsjahr.

1.4.2 Versicherungsschutz in Deutschland

Hat Ihre Versicherung eine Laufzeit von mindestens 1 Jahr? In diesem Fall haben Sie auch Versicherungsschutz, wenn Sie vorübergehend nach Deutschland zurückkehren (z. B. Heimaturlaub). Dieser ist auf insgesamt 6 Wochen je Versicherungsjahr begrenzt.

In Deutschland erstatten wir die Kosten zu den Schwellenwerten
- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie
- der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Als Schwellenwerte gelten für Leistungen
- nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
- 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 GOÄ der 1,8-fache Gebührensatz sowie
- für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

Im Falle einer stationären Behandlung erstatten wir die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlungen).

1.5 Versicherungsjahr und Wartezeiten

1.5.1 Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn.

1.5.2 Die Wartezeiten beginnen mit dem Beginn des Versicherungsschutzes.

2 Der Versicherungsvertrag

2.1 Bis wann schließen Sie den Vertrag ab?

2.1.1 Der Vertrag muss vor Ausreise aus Deutschland (Grenzübertritt ins Ausland) abgeschlossen werden. Der Antrag auf Abschluss eines Vertrages muss alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthalten.

2.1.2 Halten Sie diese Bestimmung nicht ein, können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein. Hierbei beachten wir

die Regelungen der §§ 19–21 VVG. Diese finden Sie im Abschnitt III.

2.1.3 Wenn Sie nicht versicherungsfähig sind, kommt der Vertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande.

2.2 Für welche Dauer schließen Sie den Vertrag ab?

2.2.1 Der Vertrag muss für die gesamte Dauer der Auslandsreise abgeschlossen werden. Beachten Sie bitte bei Vertragsschluss den Reisebeginn und das Reiseende richtig anzugeben. **Hinweis: Eine fehlerhafte Angabe kann zu unserem Rücktritt vom Vertrag und zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen.** Hierbei beachten wir die Regelungen des § 19 VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt III.

2.2.2 Die höchste Laufzeit des Vertrages beträgt 5 Jahre. Der Vertrag endet zum vereinbarten Zeitpunkt.

a) Verlängert sich Ihr Aufenthalt im Ausland
   - kann weiterer Versicherungsschutz nur durch einen neuen Vertrag innerhalb der Höchstdauer gewährt werden,
   - muss uns der Antrag für den neuen Vertrag vor dem Ablauf des ursprünglichen Vertrages vorgelegt werden.
   - ist eine gesonderte Antragsstellung erforderlich unter: www.hmrv.de/anschlussversicherung.

Der neue Vertrag kommt nur zustande, wenn wir diesem ausdrücklich zustimmen! In diesem Fall
   - werden etwaige erfüllte Wartezeiten des vorherigen Vertrages im neuen Vertrag angerechnet.
   - sind Krankheiten, Beschwerden, Unfälle und deren absehbare Folgen, die in der Laufzeit des vorigen Vertrages neu eingetreten sind, weiterhin versichert.

b) Verlängert sich Ihr Aufenthalt aus Gründen, die Sie nicht zu vertreten haben?
   - Auf Antrag verlängern wir Ihren Vertrag auch über die höchste Laufzeit des Vertrages hinaus.
   - Der Antrag auf Verlängerung muss innerhalb der Vertragslaufzeit mit entsprechendem Nachweis erfolgen.
   - Die Verlängerung kommt nur zustande, wenn wir dieser ausdrücklich zustimmen.

2.3 Wann endet der Vertrag?

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von diesen Vereinbarungen unberührt.

Der Vertrag endet auch für noch nicht abgeschlossene bzw. schwebende Versicherungsfälle
- zum vereinbarten Zeitpunkt;
- mit dem Tod des Versicherungsnehmers; die versicherten Personen können innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod den Vertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortsetzen;
- im Falle eines Rücktransportes mit Ankunft im nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus in Ihrem Heimatland;
- mit der Beendigung der Auslandsreise.
  Der Vertrag wird in diesem Fall frühestens zu dem Zeitpunkt beendet, an dem wir Kenntnis darüber erlangen. Wir erstatten Ihnen anteilig zu viel gezahlte Prämie.

2.4 Wann zahlen wir die Entschädigung?

2.4.1 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.

2.4.2 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 Rechnungen zu einem ungünstigeren Kurs gekauft. Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:
- Kosten für die Überweisung von Leistungen ins Ausland oder
- Kosten für besondere Überweisungen, die Sie beauftragt haben.

2.4.3 Möglicherweise haben Sie einen Versicherungsschutz für Reisen 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 und wie sie sich an den Kosten beteiligen. Wir werden die Kosten nicht mit einer privaten Krankenversicherung teilen, wenn Ihnen hierdurch Nachteile entstehen. Das kann z. B. der Verlust der Beitragsrückerstattung sein.
Weitere Informationen darüber lesen Sie unter Ziffer 5.3.2.

2.5 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 Erfüllung des Vertrages. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.hmrv.de/datenschutz/information oder fordern Sie sie gern bei uns an.

2.6 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

Ansprüche aus diesem Vertrag 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.

2.7 Welches Gericht ist zuständig?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem
- wir unseren Sitz haben,
- Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

2.8 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 muss bei der Prämienzahlung beachtet werden?

3.1 Prämienhöhe

Die Prämie für eine versicherte Person ergibt sich aus der Prämienübersicht.

3.2 Zahlung der ersten Prämie

3.2.1 Die erste Prämie ist sofort fällig, nachdem Sie den Versicherungsschein und die Prämienrechnung bekommen haben.

3.2.2 Zahlen Sie die erste Prämie nicht, können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 37 des VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt III.

3.3 Zahlung der Folgeprämien

Zahlen Sie die Folgeprämie nicht rechtzeitig, können wir den Vertrag kündigen und leistungsfrei sein. Hierbei beachten wir die Regelungen des § 38 des VVG. Diesen finden Sie im Abschnitt III.

3.4 Prämieneinzug

Haben Sie mit uns einen Prämieneinzug von einem Konto vereinbart, nehmen wir diesen sofort nach Ihrer SEPA-Mandatserteilung vor. Die Zahlung gilt als rechtzeitig,
- wenn wir die Prämie einziehen können und
- einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.

Konnte die Prämie ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Aufforderung erfolgt.

3.5 Aufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

4 Allgemeine Hinweise für den Schadenfall

4.1 Wie können Sie uns den Schadenfall melden?

Sie finden Formulare für Ihre Schadenmeldung hier: **www.hmrv.de/downloadcenter/schadenformulare**.

Es ist auch möglich, uns per E-Mail zu kontaktieren:
reiseleistung@hansemerkur.de
(bitte Versicherungsscheinnummer angeben).

Auf dem Postwege erreichen Sie uns unter:
HanseMerkur Reiseversicherung AG, Schadenabteilung,
Postfach, 20352 Hamburg.

Bei Notfällen hilft Ihnen unser 24-Stunden-Notruf-Service. Diesen erreichen Sie zu jeder Zeit und weltweit.
Die Telefonnummer finden Sie beispielsweise auf unserer Webseite: **www.hmrv.de/notfall**.

5 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten (Obliegenheiten)?

5.1 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.
- von nicht notfallbedingten Zahnersatzleistungen reichen Sie bitte vor Inanspruchnahme der Leistungen einen Heil- und Kostenplan bzw. Kostenvoranschlag ein. Im Falle eines medizinischen Notfalles ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes bzw. Kostenvoranschlages nicht erforderlich.

In allen anderen Fällen können Sie auch erst nach Ihrer Rückkehr Kontakt zu uns aufnehmen.

5.2 Zu welchen Auskünften sind Sie verpflichtet?

5.2.1 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 unserer Ärztinnen oder einen unserer Ärzte untersuchen zu lassen.

5.2.2 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 oder dem Behandelnden erbrachten Leistungen nach
  - Art,
  - Ort und
  - Behandlungszeitraum

enthalten.
Besteht anderweitiger Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis Rechnungskopien. Hierauf muss vermerkt sein, welche Positionen erstattet sind.

5.3 Worin besteht Ihre Schadenminderungspflicht?

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

5.3.2 Ersatzansprüche gegen Dritte gehen entsprechend der gesetzlichen Regelung im § 86 VVG 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.

5.4 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. Diese finden Sie im Abschnitt III.

Abschnitt II – Leistungsbeschreibung

1 Allgemeine Regeln zum Versicherungsschutz

Wir leisten bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall.
Ihre Selbstbeteiligung beträgt 100,– EUR je angefangenem Versicherungsjahr. Entspricht das Versicherungsjahr nicht einem vollen Jahr, so reduziert sich die Selbstbeteiligung nicht.

1.1 Was ist ein Versicherungsfall?

Ein Versicherungsfall ist Ihre medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalles. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlung mehr notwendig ist. Als Versicherungsfall gelten auch
- wenn sich bestehende Krankheiten verschlechtern,
- Schwangerschaft und Entbindung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Vertrages noch nicht bestanden hat,
- medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft,
- Frühgeburten bis zur Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche,
- Fehlgeburten,
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche 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 oder Zahnärzten und
- Krankenhäusern.

Voraussetzung dafür ist, dass diese
- nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung (soweit vorhanden) oder
- nach den ortsüblichen Gebühren

berechnen.
Das Krankenhaus muss im Aufenthaltsland
- 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?

Die nachfolgenden Leistungen erstatten wir, wenn der Versicherungsfall
– nach Beginn des Versicherungsschutzes und
– nach Ablauf der Wartezeiten eingetreten ist.

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

Wir erstatten die Kosten für ärztliche ambulante Heilbehandlungen einschließlich durch Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlung.

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, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus.

2.2.2 Transport
– zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus
– zurück in die Unterkunft.

2.2.3 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 Krankenhaustagegeld bis zu 14 Tage von 50,– EUR pro Tag.
Dieses Wahlrecht haben Sie aber nur zu Beginn der stationären Behandlung.

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

Für folgende Leistungen erstatten wir die Kosten:

2.3.1 Schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen.

2.3.2 Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.

2.3.3 Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz, soweit sich die Notwendigkeit erst nach Beginn des Versicherungsschutzes ergeben hat.

2.3.4 Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles
– während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist oder
– repariert werden muss,
– bis zu einem Betrag von 500,– EUR.

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

Wir leisten, wenn diese
– von einer oder einem der unter Ziffer 1.2 aufgeführten Behandelnden verordnet wurden und
– medizinisch notwendig sind.

2.4.1 Medikamente und Verbandmittel

Medikamente müssen Sie aus der Apotheke beziehen. Als Medikamente gelten, auch wenn sie verordnet sind,
– weder Nähr- und Stärkungsmittel
– noch kosmetische Präparate.

2.4.2 Heilmittel

Das sind Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen. Hierzu gehören **aber nicht**
– Massagen,
– medizinische Packungen,
– Inhalationen,
– Krankengymnastik.

2.4.3 Hilfsmittel

Folgende Gegenstände zählen als Hilfsmittel:
– Bandagen, Bruchbänder, Einlagen,
– Gehstützen und Kompressionsstrümpfe,
– Hörgeräte,
– Korrekturschienen,
– Kunstglieder oder Prothesen,
– Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrstühle,
– Atemmonitorgeräte, Infusionspumpen, Inhalationsgeräte, Sauerstoffgeräte,
– Überwachungsmonitore für Säuglinge,
– orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie
– Sprechgeräte.

Versichert sind
a) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie
   – infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und
   – der Behandlung der Unfallfolgen dienen.

b) Reparaturen von vorhandenen Hilfsmitteln,
   – soweit hierüber unsere schriftliche Zusage vorher eingeholt wurde,
   – bis zu 250,– EUR pro Versicherungsjahr.

2.5 Was leisten wir bei Schwangerschaft?

2.5.1 Wir erstatten die Kosten
– für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaftskomplikationen,
– bei einer Fehlgeburt sowie
– für eine Entbindung vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche.

2.5.2 Ist die Schwangerschaft nach Beginn des Vertrages eingetreten, leisten wir nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab Beginn des Versicherungsschutzes für
– Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen bis 250,– EUR und
– die Entbindung.
Wir erkennen auch Untersuchungs- und Behandlungsrechnungen von Hebammen oder Geburtshelfern an, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch eine Ärztin oder einen Arzt in Rechnung gestellt werden.

2.5.3 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 oder
– bis zur Aufnahme in diesen Vertrag gemäß den Regularien in Abschnitt I Ziffer 1.1.3.

2.6 Was leisten wir bei Rücktransport, Überführung und Bestattung?

2.6.1 Was leisten wir bei einem Rücktransport?

Benötigen Sie einen Rücktransport zu Ihrem Wohnort oder zum nächsten geeigneten Krankenhaus an Ihrem Wohnort? 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 behandelnden Ärztin oder des behandelnden 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.
Wir erstatten die Kosten für das für den Rücktransport jeweils günstigste geeignete Transportmittel.

2.6.2 Was leisten wir, wenn die versicherte Person stirbt?

Wir organisieren die Überführung der verstorbenen Person an den Hauptwohnsitz und übernehmen die Kosten hierfür.
Alternativ erstatten wir die Kosten, um die verstorbene Person im Reiseland zu bestatten. Wir erstatten aber höchstens die Kosten, die bei einer Überführung entstanden wären.

2.7 Welchen zusätzlichen Service bieten wir?

2.7.1 Informationen über Ärztinnen bzw. Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Nähe

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

2.7.2 Informationsübermittlung zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten

Werden Sie stationär behandelt? Wir stellen auf Ihren Wunsch über den Notruf-Service den Kontakt her zwischen
- von uns beauftragte Ärztinnen oder Ärzte,
- Ihrer Hausärztin bzw. Ihrem Hausarzt und
- den behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus.

Wir sorgen während des Aufenthaltes im Krankenhaus für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärztinnen und Ärzten. Auf Wunsch informieren wir auch Ihre Angehörigen.

2.8 Wann erhalten Sie zusätzlich eine Aufwandsentschädigung?

Sie reichen alle Heilbehandlungskosten erst einem anderen Leistungsträger oder Versicherer ein, der sich an der Kostenerstattung beteiligt. Dann erstatten wir

2.8.1 bei einer stationären Krankenhausbehandlung eine Aufwandsentschädigung bis zu 14 Tage von 50,– EUR pro Tag des Krankenhausaufenthaltes.

2.8.2 bei einer ambulanten Behandlung einmalig eine Aufwandsentschädigung von 25,– EUR (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen).

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 Arzneimittel 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.

3.2.2 Für die bei Vertragsabschluss 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.

3.2.3 Für Behandlungen, die
- der alleinige Grund oder
- einer der Gründe

für den Antritt der Reise waren.

3.2.4 Für Behandlungen,
- deren Notwendigkeit bei Reiseantritt feststand und
- die aufgrund einer bereits bei Reiseantritt ärztlich diagnostizierten Erkrankung erfolgten.

Ausnahme:
Sie unternehmen die Reise wegen des Todes der Ehegattin oder des Ehegatten oder einer bzw. eines Verwandten 1. Grades.

3.2.5 Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch
- vorhersehbaren Krieg,
- vorhersehbare innere Unruhen oder
- aktive Teilnahme an inneren Unruhen oder an Krieg

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 Kuren und Behandlungen im Sanatorium.

Ausnahme:
Diese Behandlungen erfolgen im Anschluss an eine stationäre Behandlung wegen
- eines schweren Schlaganfalles,
- eines schweren Herzinfarktes oder
- einer schweren Erkrankung des Skeletts (Bandscheiben-Operation, Hüftendoprothese)

und dienen zur Verkürzung des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus. In diesen Fällen haben Sie Versicherungsschutz, wenn
- Sie uns den geplanten Aufenthalt vor der Behandlung anzeigen und
- wir die Leistungen in Textform zugesagt haben.

3.2.7 Für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

3.2.8 Für ambulante Heilbehandlungen 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 oder Ehegatte,
- Eltern,
- Kinder oder
- Personen, mit denen Sie innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie 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 psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.

3.2.13 Für
- Zahnersatz,
- Stiftzähne,
- Einlagefüllungen,
- Überkronungen,
- kieferorthopädische Behandlungen,
- prophylaktische Leistungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und
- implantologische Zahnleistungen,

soweit tariflich keine anderen Regelungen bestehen.

3.2.14 Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union (z. B. Blocking Regulation, Verordnung (EG) Nr. 2271/96) oder der Bundesrepublik Deutschland (z. B. § 7 Außenwirtschaftsverordnung (AWV)) entgegenstehen.

Abschnitt III – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 19 Anzeigepflicht

(1) [1]Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. [2]Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) [1]Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. [2]In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) [1]Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. [2]Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) [1]Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. [2]Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) [1]Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. [2]Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

[1]Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. [2]Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) [1]Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. [2]Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. [3]Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) [1]Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. [2]Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) [1]Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. [2]Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie 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.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) [1]Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. [2]Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der 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.

(3) [1]Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. [2]Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. [3]Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 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.

§ 198 Kindernachversicherung

(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

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.